



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**“APOYO SOCIOFAMILIAR Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UMF 66”**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

Residente de Primer Grado de Medicina Familiar Maricela Toledo Vásquez.

INSTITUCIÓN:

Instituto Mexicano del Seguro Social.

ADSCRIPCIÓN:

Unidad de Medicina Familiar Número 66, Xalapa, Veracruz.

NOMBRE DEL ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Luis Rey Peña Córdova

ANTECEDENTES:

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras.³

El incremento mundial de la población de 60 años y más se ha presentado por diversas razones, principalmente por el aumento en la esperanza de vida y el abatimiento del índice de natalidad por los programas de control de la fertilidad, por lo que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional.^{1,2}

En México, de acuerdo al INEGI, en 2012 el monto de personas de 60 años y más era de 10.9 millones lo que representa el 9.3% de la población total. Así mismo, de acuerdo al ENSANUT 2012, en el ámbito nacional, 26.9% de los adultos mayores (más de una cuarta parte) presentó algún grado de discapacidad. Estas prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad. La discapacidad que presentan los adultos mayores en México es mayor en las mujeres que en los hombres (26.9% frente a 23.8% respectivamente).⁴

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en el ser humano a consecuencia de la interacción de múltiples factores, entre ellos los propios del individuo y su medio ambiente. Es un conjunto de procesos que contribuye a incrementar progresivamente la presencia de enfermedades crónicas. Por lo tanto, es frecuente encontrar adultos mayores con un envejecimiento habitual o incluso patológico y pocos presentan un envejecimiento óptimo o saludable en los cuales la presencia de enfermedad es mínima o nula. Una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida, ya que no todos los años de vida ganados son de buena salud, por el contrario, pueden ser vividos con discapacidad y necesidad de ayuda.^{5,6}

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud, ya que en las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que genera fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad del trabajo. Los problemas de

salud, concretamente las enfermedades crónicas y discapacidades, son los que mayormente desencadenan malestar y dependencia.^{2,7}

Se delimitan cuatro formas de envejecimiento:

- *Envejecimiento ideal*: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- *Envejecimiento activo*: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- *Envejecimiento habitual*: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- *Envejecimiento patológico*: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.⁷

Para determinar el tipo de envejecimiento, la valoración del adulto mayor debe ser global o integral, por lo que la intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del adulto mayor, situación con la que los médicos están poco habituados. Deben tenerse suficientes referencias al considerar que el adulto mayor es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, sociedad, equipo de salud) que le rodea. La falta de apoyo social, económico y de las redes de asistencia social puede ser el único factor que desencadene problemas patológicos o de enfermedad y resultar en un trastorno de orden psicosocial.⁸

La familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. La familia, como red social de apoyo,

acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.⁹

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del adulto mayor dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encuentran siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década⁹; ya que se ha visto que los adultos mayores sin soporte familiar o una red sociofamiliar adecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen.³ Por tanto, el contexto social en el que vive el adulto mayor resulta fundamental para su estado de salud y bienestar, por lo que es indispensable considerarlo un factor importante en la evaluación médica.⁸

El bienestar social se relaciona con la capacidad de manejar los problemas de salud y preservar la autonomía, a pesar de la posible existencia de limitaciones funcionales. El proceso pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea, siendo sus principales aspectos las interacciones sociofamiliares, que incluyen las actividades, el apoyo y los recursos. Esta valoración es muy difícil, porque utiliza parámetros subjetivos, como las relaciones interpersonales. Algunos de los instrumentos utilizados en esta valoración son la Escala Sociofamiliar de Gijón, que detecta riesgo social dentro de la problemática establecida en la comunidad; la *Socials Resources Scale* (OARS), que proporciona información sobre la actividad funcional, las interacciones sociales y de recursos; y la Escala de Philadelphia, recomendada para la cuantificación de la calidad de vida.¹⁰

Se considera que la mayor parte de la población de adultos mayores vive dentro de una familia y ésta es su principal fuente de apoyo psicosocial. Los conocimientos de la estructura y la dinámica del núcleo familiar son herramientas útiles para comprender mejor las necesidades del adulto mayor y el proceso de su enfermedad, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las repercusiones en cada miembro de su familia. El grado

de dependencia física, mental o ambas será determinante en el funcionamiento familiar, debido a las nuevas obligaciones que algunas veces de manera permanente deben confrontar las personas que rodean al adulto mayor.⁸ Por tanto, el medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en estas edades es la familia. La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. El hecho de que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas.^{11,12}

Por otra parte, a medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada, además, por la capacidad para mantener la autonomía (capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día, según las normas y preferencias propias) y la independencia (capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria: facultad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás). En la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad, siendo por tanto, el mejor indicador de salud en la población adulta mayor su estado funcional.¹³

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.¹³ Este proceso de envejecimiento provoca numerosas alteraciones en la vida del anciano, que afectan a su funcionalidad, movilidad y salud, privándole de una vida autónoma y saludable, y perjudicando su calidad de vida. El envejecimiento tiene efectos negativos en sus componentes, limitando la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y mantener la calidad de vida, la cual incluye de una manera compleja la salud física de una persona, su estado psicológico, sus sentimientos, sus relaciones sociales y los comportamientos relacionados con su funcionamiento diario.¹⁴

Al analizar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad, se sugiere lo siguiente: tener una edad mayor, ser mujer, estar casado o en unión libre, tener baja escolaridad, no trabajar, tener ingreso económico bajo y padecer diabetes mellitus son factores que condicionan de manera importante esta asociación.¹³

Por cuestiones como dificultad de expresión, déficit sensorial, desorientación temporoespacial, numerosas enfermedades crónicas asociadas, signos y síntomas de aparición y morfología diferente a otros grupos, la asistencia al adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos. Estas consideraciones permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor, para ello se ha propuesto la valoración geriátrica integral.²

La valoración geriátrica integral se define como “un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado para generar mejorías en los ancianos frágiles, mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y minimizar la hospitalización innecesaria”. Con el empleo de la valoración geriátrica integral han surgido dos términos: fragilidad y discapacidad, frecuentemente considerados sinónimos, pero con grandes diferencias entre sí. La fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, como consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas. La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria.² Así, adquiere énfasis el estudio de la funcionalidad, ya que existen muchos factores que intervienen y modifican el estado cognitivo y funcional del adulto mayor, entre ellos, las enfermedades que padecen y los medicamentos que requieren. Se ha informado la asociación entre diversas enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía, osteoartritis, hepatopatías, neoplasias y neurológicas) y la declinación cognitiva y funcional.¹

La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales).¹³ Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 %. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado. Se divide en tres categorías:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad, mientras que las AAVD permiten desarrollar un papel social.²

Las escalas para evaluar las actividades básicas (índice de Katz) y las instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton) son los instrumentos más confiables para orientarnos respecto a la función.¹

Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria [ABVD]): Es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional, como medición de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente, valora la capacidad funcional a partir de las actividades básicas de la vida diaria esenciales para el autocuidado; valora de manera dicotómica (en términos de dependencia o independencia para cada actividad) la capacidad para realizar actividades básicas como moverse, lavarse, vestirse, alimentarse, ir al baño sin ayuda y continencia esfinteriana. Cada uno de los seis parámetros se clasifican en una escala ordinal, con base en la dificultad de realizar las actividades, y a su vez se convierten a una escala numérica del 0 al 1. La evaluación final va de 6 a 0 puntos, que definen a un paciente sano a uno inválido, respectivamente.¹³

Escala de Lawton Brody (actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD]): Esta escala se recomienda para evaluar al adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por alguna enfermedad crónica o porque se encuentra en periodo de recuperación de inmovilidad. Si el nivel de fragilidad o discapacidad no se evalúa, no se compensa con intervenciones apropiadas ni se vigila regularmente, la persona corre el riesgo de entrar en un proceso que pueda llevarla a un grado acumulativo de discapacidades. El instrumento incluye actividades como: usar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidar el hogar, lavar ropa, transportarse, tomar medicinas y manejar sus finanzas. Cada actividad se evalúa con una escala ordinal, que va de menor a mayor dificultad para realizarlas y posteriormente se lleva a una escala numérica que va de 1 a 0.¹³

En México, Gutiérrez Robledo obtuvo 10 % de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77 % en el grupo de más de 90 años; Martínez Mendoza, en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62 % de dependencia para las ABVD y 75 % de dependencia para las AIVD. Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia

funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables.²

Dado que las características de las enfermedades en el adulto mayor son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional, el conocimiento de los fenómenos de envejecimiento permite un mejor entendimiento de la calidad de vida y, con ello, cambiar la forma de apreciarla, pues el comportamiento de los adultos mayores es diferente, según la sociedad a la que pertenezcan.^{15,8} La evaluación de la función de los adultos mayores 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. 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. Es claro además que programas de concientización de familiares sobre cuidados, nutrición y actividades para mantener tanto las condiciones físicas como mentales, deberían ser prioridad de cualquier institución de los sistemas de salud nacionales para retardar la presentación de problemas de deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.^{1,16}

JUSTIFICACIÓN:

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico-degenerativas causantes de invalidez aunado a la pérdida gradual y progresiva de las capacidades motrices y cognoscitivas conforme avanza la edad, colocan al individuo en una posición de vulnerabilidad al perder su autonomía ocasionando problemas de funcionalidad, ya que se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, requiriendo por tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores, haciendo por tanto necesario estudiar esta asociación en la población de nuestro medio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el apoyo socio-familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66?

HIPÓTESIS:

Los adultos mayores que cuentan con apoyo socio-familiar se ven menos afectados en su capacidad funcional y por lo tanto presentan una menor dependencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

OBJETIVOS

❖ General:

- Determinar el apoyo socio-familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66 en el periodo Marzo-Agosto 2014.

❖ Específicos:

- Identificar a la población de adultos mayores por grupos de edad y sexo.
- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- Determinar las características familiares de los adultos mayores.
- Determinar el apoyo socio-familiar de los adultos mayores.
- Determinar la capacidad funcional de los adultos mayores a través de la medición de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Determinar las principales causas de dependencia funcional de los adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

❖ Diseño:

- Encuesta descriptiva prospectiva.

❖ Lugar:

- UMF 66, Xalapa, Veracruz.

❖ Tiempo:

- Mayo 2013-Marzo 2015.

❖ Población:

- Adultos mayores adscritos a la UMF 66, Xalapa, Veracruz.

❖ Muestra:

- Mediante el enfoque de un muestreo no probabilístico denominado “muestreo por criterio o fines especiales” el cual se basa en escoger a aquellos miembros que cumplan con criterios previamente establecidos que se juzgan importantes, se seleccionarán un mínimo de 200 pacientes que cumplan los criterios de selección detallados a continuación.

❖ Criterios de selección

- Criterios de Inclusión:
 - Adultos mayores adscritos a la UMF 66.
 - Que acepten participar en el estudio.
- Criterios de Exclusión:
 - Ninguno.

- Criterios de Eliminación:
 - Pacientes con cuestionarios incompletos.

❖ **Programa de Trabajo o Descripción General del estudio:**

Se acudirá al Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la UMF 66 para solicitar la población de adultos mayores adscritos a la misma. Posteriormente se seleccionará una muestra de dicha población, mediante el enfoque señalado anteriormente, a la cual se le informará sobre los objetivos del estudio con la finalidad de solicitar su participación voluntaria al responder los cuestionarios heteroaplicados, firmando el consentimiento informado correspondiente.

Posteriormente, con los datos recolectados, se realizará la captura de los mismos, y el análisis estadístico de las características sociodemográficas, familiares, apoyo familiar y capacidad funcional.

Para el análisis de la información se diseñará una base de datos en el programa Excel 10.0 la cual se codificará y se validará para evitar todo tipo de error de captura. Para describir el apoyo socio-familiar y la capacidad funcional en los adultos mayores, se realizarán gráficos de histograma para las variables cuantitativas como la edad; gráficos circulares para variables cualitativas con 3 o menos categorías como el género, desarrollo, la demografía, etc.; gráficos de barras para variables con más de 3 categorías como el estado civil, la escolaridad, la ocupación, la composición, etc. Posterior al análisis exploratorio, se exportará la base de datos al programa Minitab 14.0 donde se realizarán tablas de doble entrada y pruebas estadísticas pertinentes para determinar la asociación entre el apoyo familiar y la capacidad funcional con algunas características tales como: el estado civil, la ocupación, la tipología familiar, la funcionalidad familiar de acuerdo a sus fases, entre otras.

❖ **Variables**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala de medición
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha	Respuesta al cuestionario	-----	Razón

	de su nacimiento.			
Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres.	Respuesta al cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Respuesta al cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Separado • Unión libre • Viudo 	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudio más alto al cual ha llegado una persona de acuerdo al sistema educativo.	Respuesta al cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Carrera técnica • Licenciatura 	Nominal
Ocupación	Acción o función que desempeña una persona.	Respuesta al cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado • Jubilado/Pensionado • Desempleado 	Nominal
Tipología familiar	Clasificación de la familia de acuerdo a la composición, desarrollo, grado de integración familiar, ocupación del jefe de familia, demografía, complicaciones del desarrollo familiar.	Respuesta al cuestionario	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Seminuclear • Extensa • Compuesta <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tradicional • Moderna <p>Demografía</p>	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Suburbana • Rural <p>Ocupación del jefe de familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campesino • Empleado • Profesionista <p>Integración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrada • Semiintegrada • Desintegrada <p>Complicaciones del desarrollo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrumpida • Contraída • Reconstruida <p>Presencia física en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Núcleo integrado • Núcleo no integrado • Extensa ascendente • Extensa descendente • Extensa colateral 	
Funcionalidad Familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las	Respuesta al cuestionario FACES III y	FACES III	Nominal

	etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Apgar Familiar	<p>Cohesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No relacionada • Semirrelacionada • Relacionada • Aglutinada <p>Adaptabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rígida • Estructurada • Flexible • Caótica <p>APGAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia altamente disfuncional • Familia moderadamente disfuncional • Familia funcional 	
Índice simplificado de pobreza familiar	Instrumento para evaluar la pobreza familiar considerando el ingreso económico familiar, número de hijos dependientes, escolaridad materna y número de personas por dormitorio, que se miden en un rango de 0-3 puntos, según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta.	Respuesta al cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin evidencia de pobreza familiar • Pobreza familiar baja • Pobreza familiar alta 	Ordinal
Ciclo vital	Evolución secuencial de la familia en función del	Respuesta al	<ul style="list-style-type: none"> • Huerta: -Constitutiva 	Nominal

familiar	crecimiento y desarrollo de sus miembros.	cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> -Procreativa -Dispersión -Final • Duvall: <ul style="list-style-type: none"> -Pareja sin hijos -Nacimiento del primer hijo -Hijos preescolares -Hijos escolares -Hijos adolescentes -Desprendimiento -Padres solos -Padres ancianos • Geymann: <ul style="list-style-type: none"> -Matrimonio -Expansión -Dispersión -Independencia -Retiro y muerte • Barragán: <ul style="list-style-type: none"> -Selección -Transición y adaptación temprana -Reafirmación como pareja y paternidad -Diferenciación y realización -Estabilización -Enfrentamiento a la vejez, soledad, y muerte
----------	---	--------------	--

Adulto mayor	Toda persona con edad cronológica mayor de 60 años.	Respuesta al cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 64 años • 65 a 69 años • 70 a 74 años • 75 a 79 años • 80 a 84 años • 85 y más años 	Intervalo
Apoyo socio-familiar	Todos aquellas formas de ayuda (materiales, instrumentales, emocionales, cognitivos) que ofrece la sociedad y la familia a la persona.	Respuesta al cuestionario (Escala de Valoración socio-familiar de Gijón)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo socio-familiar bueno (bajo riesgo de institucionalización) • Apoyo socio-familiar intermedio • Deterioro socio-familiar severo (alto riesgo de institucionalización) 	Ordinal
Capacidad funcional	Habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.	Respuesta al cuestionario Índice de Katz e Índice de Lawton-Brody	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Independiente 	Nominal
Actividades básicas de la vida diaria	Tareas propias del autocuidado como bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación, que son empleadas para valorar el estado funcional de un adulto mayor a través del Índice de Katz, la cual es una escala que mide de	Respuesta al cuestionario Índice de Katz	<ul style="list-style-type: none"> • A. Independiente para todas las funciones • B. Independiente para todas menos una cualquiera • C. Independiente para todas menos baño y otra cualquiera 	Ordinal

	<p>forma jerárquica seis actividades: baño, vestido, uso del WC, movilidad, continencia y alimentación, tratando de reflejar la secuencia de la pérdida habitual de estas habilidades y clasificando a los pacientes de A a G, siendo A el de mayor independencia y G el más dependiente.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • D. Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera • E. Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera • F. Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera. • G. Dependiente en todas las funciones. 	
<p>Actividades instrumentales de la vida diaria</p>	<p>Capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente en la comunidad y vivir solo, se consideran al uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de la medicación y tareas domésticas. Su normalidad puede indicar que conserva integridad para actividades básicas de vida diaria y del estado mental, evaluada a través del índice de Lawton-Brody, la cual es una escala construida para población adulta mayor que recoge</p>	<p>Respuesta al cuestionario Índice de Lawton-Brody</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia grave • Dependencia moderada • Dependencia leve • Independencia 	<p>Ordinal</p>

	<p>información sobre ocho ítems: usar teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación y manejar el dinero. Para hombres se considera un puntaje menor de 5 (debido a que no se contemplan las actividades relacionadas a tareas domésticas por factores culturales) y para la mujer menor de 8.</p>			
--	--	--	--	--

RECURSOS

❖ Humanos:

- Investigador Principal: Residente de Primer Grado de Medicina Familiar Maricela Toledo Vásquez.
- Asesor Metodológico: Dr. Luis Rey Peña Córdova.
- Asesor estadístico: LE Héctor Guadalupe González Contreras.

❖ Físicos:

- Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).
- Cuestionarios.
- Papelería.
- Computadora personal.

❖ **Financieros:**

Serán proporcionados por el investigador principal.

ÉTICA

De acuerdo al REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD.

TITULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I. Disposiciones Comunes.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la presente investigación corresponde a la categoría:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por tanto, la presente investigación, no representa ningún riesgo para los participantes, dado que se trata de un cuestionario.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividad	May-Jun 13	Jul-Ago 13	Sept-Oct 13	Nov-Dic 13	En-Feb 14	Mar-Abr 14	May-Jun 14	Jul-Ago 14	Sept-Oct 14	Nov-Dic 14	En-Feb 15	Mar 15
Elaboración de protocolo	X	X	X	X								
Autorización por el comité local					X							

Búsqueda de referencias bibliográficas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estudio de campo (prueba piloto)					X							
Recolección de información						X	X	X				
Análisis de resultados									X			
Conclusiones										X		
Redacción, escrito											X	
Presentación												X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2008; 25(4):374-379.
2. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 277-284.

3. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (6): 585-590.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012).
5. Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Vázquez-Valdez OE, Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM, y cols. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 153-162.
6. Rubio-Aranda E, Lázaro-Alquezar A, Martínez-Terrer T, Magallón-Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(5):244–250.
7. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publica Mex* 2007; 49 (4):S448-S458.
8. Peña-Pérez B, Terán-Trillo M, Moreno-Aguilera F, Bazán Castro M. 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.
9. Cortes NAR, Villareal RE, Galicia RL, Martínez GL, Vargas DER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev Med Chile* 2011; 139: 725-731.
10. Rendón-Orozco MC, Rodríguez-Ledesma MA. Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 171-177.
11. Domínguez-González TB, Espín-Andrade AM, Bayorre-Vea H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17 (5): 418-422.

12. Cervera-Estrada L, Hernández-Riera R, Pereira-Jiménez I, Sardiñas-Montes de Oca O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *AMC* 2008; 12 (6):1-6.
13. Soberanes-Fernández S, González-Pedraza-Avilés A, Moreno-Castillo YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14(4):161-72.
14. Lobo A, Santos MP, Carvalhob J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42(1):22-6.
15. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007; 49 (4):S459-S466.
16. Villarreal-Amarís G, Month-Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud* 2012; 28 (1): 75-87.

ANEXOS



“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

ESTADO CIVIL:

Soltero Casado Divorciado Separado Unión libre Viudo

ESCOLARIDAD:

Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura

OCUPACION:

Ama de casa Empleado Jubilado Pensionado Desempleado

“TIPOLOGÍA FAMILIAR”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

COMPOSICIÓN:

Nuclear Seminuclear Extensa Compuesta

DESARROLLO:

Tradicional Moderna

DEMOGRAFÍA:

Urbana Suburbana Rural

OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:

Campesino Empleado Profesionista

INTEGRACIÓN:

Integrada Semiintegrada Desintegrada

COMPLICACIÓN:

Interrumpida Contraída Reconstruida

PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR:

Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral

“CICLO VITAL FAMILIAR”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

CICLO VITAL FAMILIAR		
Huerta	-Constitutiva	
	-Procreativa	
	-Dispersión	
	-Final	
Duvall	-Pareja sin hijos	
	-Nacimiento del primer hijo	
	-Hijos preescolares	
	-Hijos escolares	
	-Hijos adolescentes	
	-Desprendimiento	
	-Padres solos	
	-Padres ancianos	
Geymann	-Matrimonio	
	-Expansión	
	-Dispersión	
	-Independencia	
	-Retiro y muerte	
Barragán	-Selección	
	-Transición y adaptación temprana	
	-Reafirmación como pareja y paternidad	
	-Diferenciación y realización	
	-Estabilización	
	-Enfrentamiento a la vejez, soledad, y muerte	



NO. DE FOLIO: _____

“ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INDICADORES	PUNTUACIÓN	CATEGORÍAS	RESPUESTA
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR (MENSUAL)	4	Menos de \$1634.10	
	3	De \$1634.40 a \$4902.00	
	2	De \$4902.30 a \$8170.20	
	1	De \$8170.50 a \$11 438.40	
	0	Más de \$11 438.70	

NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	2.5	3 ó más hijos	
	2	2 hijos	
	1	1 hijo	
	0	Ningún hijo	

ESCOLARIDAD MATERNA	2.5	Sin instrucción	
	2	Primaria incompleta	
	1	Primaria completa	
	0	Post-primaria	

HACINAMIENTO (NÚMERO DE PERSONAS PORDORMITORIO)	1	3 o más personas	
	0	1-2 personas	

PUNTAJE OBTENIDO	
-------------------------	--

Evaluación	Puntaje
Sin evidencia de pobreza familiar	0-3
Pobreza familiar baja	4-6
Pobreza familiar alta	7-10

“FASCES III”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Responda las preguntas colocando en el recuadro en blanco el número que más considere adecuado a su familia de acuerdo con la escala de calificación que aparece a continuación.

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
----------	---------------	------------------	-----------------	------------

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.	
9. Nos gusta pasar en tiempo libre en familia.	
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	
11. Nos sentimos muy unidos.	
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.	
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.	
14. En nuestra familia las reglas cambian.	
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.	
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	
19. La unión familiar es muy importante.	
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.	

Calificación de Cohesión (NONES)	
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50
Puntaje obtenido	

Calificación de Adaptabilidad (PARES)	
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50
Puntaje obtenido	

“APGAR FAMILIAR”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Responda las preguntas marcando con una “X” la respuesta que más considere adecuada de acuerdo a su familia.

APGAR FAMILIAR	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
PUNTAJE TOTAL			

Calificación del Apgar Familiar	
Puntos	Evaluación
0 a 3	Altamente disfuncional
4 a 6	Disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional

“ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Responda las preguntas marcando con una “X” la respuesta que más considere adecuada.

SITUACIÓN FAMILIAR	Puntaje	Respuesta
Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	1	
Vive con pareja de similar edad.	2	
Vive con pareja y/o familia y/u otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	3	
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	4	
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	5	

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	Puntaje	Respuesta
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	1	
Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.	2	
Solo se relaciona con familia, sale de casa.	3	
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana).	4	
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana).	5	

APOYOS DE RED SOCIAL	Puntaje	Respuesta
No necesita ningún apoyo.	1	
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	2	
Recibe apoyo social formal suficiente	3	
Tiene soporte social pero es insuficiente.	4	
No tiene ningún soporte social y lo necesita.	5	

PUNTAJE	

Puntuación	
≤7 puntos	Apoyo socio-familiar bueno (bajo riesgo de institucionalización).
8-9 puntos	Apoyo socio-familiar intermedio.
≥10 puntos	Deterioro socio-familiar severo (alto riesgo de institucionalización).

“ÍNDICE DE KATZ”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Responda las preguntas marcando con una “X” la respuesta que más considere adecuada.

1. BAÑO	
Independiente	Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (por ejemplo espalda).
Dependiente	Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2. VESTIDO	
Independiente	Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias o calcetines).
Dependiente	No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
3. USO DEL WC	
Independiente	Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.
Dependiente	Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.
4. MOVILIDAD	
Independiente	Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.
Dependiente	Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse de la cama y/o de la silla, necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
5. CONTINENCIA	
Independiente	Control completo de la micción y defecación
Dependiente	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6. ALIMENTACIÓN	
Independiente	Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).
Dependiente	Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

INTERPRETACIÓN	
A	Independiente para todas las funciones.
B	Independiente para todas menos una cualquiera.
C	Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.
D	Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.
E	Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
F	Independiente para todas menos baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera.
G	Dependiente en todas las funciones.
RESULTADO ÍNDICE DE KATZ:	

Motivo por el cual no puede realizar alguna actividad: _____

“ÍNDICE DE LAWTON-BRODY”

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Responda las preguntas encerrando en un círculo en la columna que corresponda según sea hombre o mujer una respuesta a cada pregunta.

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

Mujeres	Hombres	INTERPRETACIÓN
0-1	0	Dependencia total
2-3	1	Dependencia severa
4-5	2-3	Dependencia moderada
6-7	4	Dependencia leve
8	5	Independencia

Motivo por el cual no puede realizar alguna actividad: _____



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: Apoyo familiar y capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66, Xalapa, Veracruz.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Xalapa, Veracruz.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico-degenerativas causantes de invalidez aunado a la pérdida gradual y progresiva de las capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad, colocan al individuo en una posición de vulnerabilidad al perder su autonomía ocasionando problemas de funcionalidad, ya que se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, requiriendo por tanto el apoyo socio-familiar para el bienestar físico y mental, lo cual mejora y preserva la funcionalidad de los adultos mayores, haciendo por tanto necesario estudiar esta asociación en la población de nuestro medio. Siendo el objetivo determinar el apoyo socio-familiar y la capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66 en el periodo Marzo-Agosto 2014.

Procedimientos:

Estudio tipo transversal.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

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:

R1MF Maricela Toledo Vásquez

Colaboradores:

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

Clave: 2810-009-013

