



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA UMF No.27**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA ESTUDIOS DE
POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES EN UN
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Irma Gabriela Chávez Guevara

Asesores:

Asesor metodológico: Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta

Tijuana, BC Junio 2019

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

Investigador principal: Irma Gabriela Chávez Guevara

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 98024499

Teléfono: (647) 108-29-97

Correo: gaviotachavez@hotmail.com

Investigador responsable y Asesor metodológico: Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Matricula: 99266582

Teléfono:(664)130-51-66

Correo: dr.robertgastelum@gmail.com

ÍNDICE

Resumen.....	4
Marco Teórico.....	5
Antecedentes.....	9
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	15
Objetivos.....	17
Material y métodos.....	18
Diseño del estudio.....	18
Población de estudio.....	18
Periodo de realización.....	18
Lugar de realización.....	18
Selección y tamaño de muestra.....	18
Criterios de selección.....	19
Métodos y procedimiento.....	19
Análisis estadístico.....	20
Operacionalización de variables.....	22
Aspectos éticos.....	23
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	27
Cronograma de actividades.....	28
Referencias bibliográficas.....	29
Carta Consentimiento	31
Anexos.....	33

TITULO

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

I. Resumen

TÍTULO: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

INVESTIGADORES: Chávez-Guevara IG, Gastelum-Acosta JR

INTRODUCCIÓN: Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida.

OBJETIVO: Evaluar las actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizo un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, en adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF no. 27, que acudan a la unidad en el período de Enero a Febrero 2019. Se aplico el índice de Barthel y Lawton & Brody que evalúan las Actividades de la Vida diarias (básicas e instrumentadas). Las variables estudiadas son: (edad, género, escolaridad, estado civil). Se utilizo estadística descriptiva y medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Se analizaron datos con programa estadístico SPSS versión 21 con previa autorización por el Comité Local de Investigación, por las autoridades de la unidad y del consentimiento informado del participante.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 454 adultos mayores derechohabientes de la UMF 27, de los cuales el 63.7% de la población son del género femenino (289 pacientes) y el 36.3% del género masculino (165 pacientes) La edad media fue de 75.4 años (media de ± 15), la edad mínima de los participantes fue de 65 años y edad máxima de 95 años de edad. Encontrados mediante la aplicación del índice de Barthel el cual nos permite detectar alguna dependencia del adulto mayor en ABVD, encontramos que un 61% presentan algún tipo de dependencia (244 participantes) de los cuales un 31.5% dependencia escasa, 19.8% dependencia moderada y un 9.7% dependencia severa, con respecto a los adultos que son independientes que representaron el 39% de la población estudiada. En la evaluación AIVD, mediante la escala de Lawton y Brody encontramos que el 51.8% de la población estudiada (235 participantes) presentan máxima dependencia para poder realizar estas actividades, con respecto al 48.2% de una independencia total.

Palabras clave: Adultos mayores, Actividades Básicas de la Vida diaria, Actividades Instrumentadas de la vida diaria.

II. Marco teórico:

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta adulto mayor.¹

Los adultos mayores, han aumentado progresivamente su participación porcentual respecto a la población total, situación que continuará durante las siguientes décadas.²

En los adultos mayores la enfermedad se manifiesta con características clínicas peculiares, que para el médico no geriatra son atípicas; sin embargo, el médico geriatra las considera típicas con base en el conocimiento de los cambios fisiológicos que ocurren con el proceso de envejecimiento. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad se modifican conforme avanza la edad; ya que los cambios de la reserva fisiológica son determinados por el tipo de envejecimiento del adulto mayor. A través de la consulta médica clásica del adulto mayor, el análisis que el médico realiza del proceso salud - enfermedad es limitado y no valora con certeza su estado de salud. Por otro lado, trabajos realizados en relación a la consulta médica basada en clinimetría de adultos mayores, demuestran que estas herramientas ayudan a establecer un análisis holístico del estado de salud que incluye aspectos de funcionalidad, cognitivos, afectivos y nutricionales entre otros, además del diagnóstico médico clásico, lo que evidencia problemas no detectados y permite establecer medidas tendientes a detener o evitar que los procesos patológicos continúen su evolución natural al grado que ya no pueda hacerse nada, por lo que se considera que es fundamental el estudio de clinimetría del grupo de adultos mayores atendidos en la Consulta Externa de las UMF.³

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.⁴

Es importante saber que debido al aumento proyectado del número de adulto mayores en el país, se incrementan las necesidades de salud para este sector de la población, así como mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Su importancia se deriva de las consecuencias que conlleva entre las que destacan las de carácter personal (disminución de la autoestima y bienestar percibido), las de carácter familiar (cambio de rutinas y relaciones entre integrantes de la familia) , la prestación de cuidados especiales, el desgaste emocional, y físico del cuidador la institucionalización y , finalmente las implicaciones económica a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.⁵

La funcionalidad en el adulto mayor es la capacidad que tiene para realizar actividades independientes o autónoma de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso de sanitario, vestido y baño) e actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (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) ⁶ Un envejecimiento exitoso está relacionado con un buen desempeño en todas las AVD.⁷ Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. ⁸

La presencia del compromiso funcional en el adulto mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. La alteración funcional puede ser un “marcador” evidente del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado.⁹

De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo el estado de independencia funcional, se sugiere además la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional. La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.¹⁰

También un indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etáreo. Actualmente, la valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. La OMS estableció desde 1999 que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida.¹¹

Las actividades de la vida diaria se divide en: ABVD y AIVD. Las ABVD se refieren al cuidado personal, independencia de movimiento-traslado y continencias: existen varios instrumentos para su evaluación, como son el Índice de Barthel. Las AIVD corresponden a la

habilidad para manejarse en su entorno, se evalúan a través de un menor número de instrumentos, como el Índice de Lawton & Brody.¹²

Índice de Barthel (IB). También conocido como Índice de Discapacidad de Maryland. El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas ABVD, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las ABVD, en esta escala se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas, lo que nos permite conocer cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.¹³

Índice de Lawton & Brody. Es la escala más utilizada en los adultos mayores, institucionalizados o no, con objeto de evaluar la autonomía física y las AIVD, la escala valora 8 ítems, su utilidad como método de valoración objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los adultos mayores como a nivel docente e investigador y es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro en el mismo.¹³

III. ANTECEDENTES

Delgado-Cerrot, 2014, En su investigación cuantitativa, de la población de adultos mayores albergados en un centro de atención residencial Gerontológico en Lima, Perú, donde utilizo como instrumento el índice de Barthe, el cual realiza medición de las actividades de la vida diaria, arrojo su estudio que existe relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional y edad, es decir que, a mayor edad, es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. También determino que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria.¹⁴

Paredes-Arturo y Yarce-Pinzón E, 2017, Estudio de corte transversal sobre la capacidad funcional como determinante del estado de salud del adulto mayor en la Ciudad de Pasto, Colombia, con una muestra de 391 adultos mayores a quienes se les evaluó su estado funcional con la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. Se estudiaron las características demográficas, los antecedentes médicos, el nivel cognitivo global y la sintomatología depresiva. Encontraron que un 26,3% de los adultos mayores se encontró en un nivel de dependencia funcional, está asociado mayormente a género masculino, dependencia económica, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, artritis, síntomas depresivos y deterioro cognitivo.¹⁵

Lara y Mardones, 2009 en su estudio sobre el perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de personas mayores demandantes de atención primaria en un Centro de Salud Familiar de Chillán, Brasil. En este estudio descriptivo transversal, en una muestra de 88 individuos elegidos por muestreo sistemático. Los instrumentos aplicados fueron Índice de Barthel, y escala Depresión de Yesavage donde sus resultados demostraron mayor proporción de mujeres (61%), entre 70-79

años (59%), mayoritariamente alfabetos (67%), con educación básica incompleta (62%). Cerca de la mitad se encontraba sin pareja (55%), viviendo acompañados (83%), principalmente de sus hijos (52%). Más de la mitad no participaba en grupos comunitarios (65%) y la mayoría percibía tener apoyo siempre en emergencias (82%). Su percepción de salud fue buena a regular (37% y 38% respectivamente), un elevado porcentaje presentaba enfermedades crónicas (91%), prevaleciendo la hipertensión arterial (75%), observándose además sobrepeso y obesidad (41% y 18% respectivamente). La mayoría no presentaba depresión (52%), con funciones mentales intactas (59%). Funcionalmente prevaleció la independencia (61%) y dependencia leve (39%). Las principales ABVD alteradas fueron “deambular” (44%), “subir y bajar escalones” (86%), “trasladarse entre silla y cama” (33%) y “continencia urinaria” (24%).¹⁶

Soberanes-González, 2009 en su estudio descriptivo de 225 adultos mayores efectuado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE). Mediante el uso de escalas como el Índice de Katz, Lawron –Brody y Tinetti, obtuvieron en sus resultados que un 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez para actividades básicas; para actividades instrumentales, 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha, 34.7% tuvieron riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto. Donde ellos demostraron que hubo asociación significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida. Se identificaron factores propios que sugieren: a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida.¹⁷

Dorantes-Mendoza y Ávila-Funes, 2007, en su estudio transversal de la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México, su muestra estuvo compuesta por 7 171 personas de 60 años o más, donde la edad promedio fue de 68.4 años donde el 53.4% era mujeres, muestran que los grupos dependientes para realizar

ABVD se presentaba en edades mayores, y se observa mayor proporción en personas sin pareja, viudos y con peor percepción de su salud que entre los independientes. Y los dependientes para realiza AIVD se presenta más en mayor edad, padecer EVC, enfermedades crónicas, síntomas depresivos, deficiencia visual, dolores que limitan actividades diarias y tener algún miembro amputado resultaron ser factores significativos e independientemente asociados a que se presente alteración.¹⁸

Zavala-Domínguez, 2011, en su estudio analítico sobre la funcionalidad para las actividades de la vida diaria en adultos mayores de clase media, el cual se realiza en Unidad de Medicina Familiar 8, Instituto Mexicano del Seguro Social, Villahermosa, Tabasco. Donde se tuvo una muestra de 100 adultos mayores, 60 del sexo femenino y 40 del masculino, edad media de 69.71 ± 7.01 años. Funcionalidad para ABVD: normal 26 %, muy levemente incapacitado 33 %, levemente 17 %, moderadamente incapacitado 23 %, severamente incapacitado 1 %. Funcionalidad para AIVD: independiente 8 %, moderadamente dependiente 71 %, dependiente 21 %. Factor asociado con dependencia básica: edad > 74 años y factor asociado con dependencia instrumental: no unidos. Por lo que concluyen que la dependencia instrumental fue mayor en esta población estudiada.¹⁹

González y Ham-Chande, en su artículo sobre la funcionalidad y salud, estudio realizado en la ciudad de Tijuana Baja California, 2007, nos habla a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno. Para el indicador de estado de salud, y de acuerdo con los resultados obtenidos, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo. A las personas de este último grupo

se les han diagnosticado enfermedades crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo. Existen diferencias por sexo en lo que a salud se refiere. Las cifras indican que 73.2% de los hombres tienen un estado de salud muy bueno o bueno, mientras que sólo 63.0% de las mujeres lo tienen. El estado de salud empieza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de población del grupo de 50-64 que presenta un estado de salud bueno es 70.3%; el de 65-74 es 58.9%, y menos de la mitad, 43.2%, en el grupo de 75 y más.²⁰

IV. Justificación:

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud. Las 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. Esto nos permite intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor.

La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Así, adquiere énfasis el estudio de la funcionalidad. La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. 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.

El médico familiar en el ámbito de atención primaria es el primer receptor de los problemas del adulto mayor y por tanto ha de tener la capacidad de reconocer la problemática de salud del anciano para intervenir preventivamente y se ha demostrado que las herramientas como el uso del índice de Barthel y Lawton & Brody nos permiten valorar de manera inicial y dar continuidad a las alteraciones en la capacidad funcional de los adultos mayores. Lo que hace es evidente que cualquier alteración que encontremos en el adulto mayor nos permite de manera temprana realizar diversas intervenciones para evitar el deterioro funcional

Con el presente estudio, se trata de contribuir a la investigación que apoya la prevención y la detección temprana de las alteraciones de la funcionalidad de las actividades de la vida

diaria en los adultos mayores; lo que constituye una importante línea de investigación, cuya finalidad es la identificación de factores y perfiles de riesgo que permitan la detección precoz y la prevención de las mencionadas consecuencias. Además, se estaría dando margen para nuevas investigaciones y programas de atención integral en adultos mayores, grupo al que día a día demanda mayormente los servicios de salud en las unidades de atención primaria.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La creciente incorporación de miembros a este grupo etario refleja la necesidad de implementar una evaluación funcional integral en las unidades de Medicina Familiar, ya que el adulto mayor constituye un grupo especial y requiere una evaluación diferente.

La alteración funcional es ser un marcador evidente del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También un indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etáreo, recordemos que la valoración del estado de salud del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades, por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y por lo tanto una buena capacidad funcional.

Una de las principales barreras para la identificación de alteraciones del estado funcional del adulto mayor es porque se considera de manera normal o se atribuye al proceso de envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, y por lo tanto el aumento de la demanda de los servicios de salud generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud, de aquí la importancia de una identificación oportuna.

Con base en lo anterior se considera fundamental el estudio de la funcionalidad de las actividades de la vida diaria, ya que nos permite identificar de manera temprana alteraciones funcionales.

Por lo cual surge la pregunta de investigación:

¿Cómo son las actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención?

VI. Objetivos:

General

- Evaluar las actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención.

Específicos:

- Conocer las actividades básicas de la vida diaria mediante el índice de Barthel.
- Identificar las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la escala de Lawton-Brody.
- Describir las características sociodemográficas: Edad, género, escolaridad, estado civil.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

- **Alcance:** Descriptivo.
- **Diseño:** Observacional.
- **Número de mediciones:** Transversal.
- **Temporalidad:** Prospectivo

Población de estudio:

Adultos mayores adscritos a la UMF No. 27.

Período de captura de datos:

Enero-Febrero 2019

Lugar de realización:

Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana BC.

Selección y tamaño de la muestra:

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se estableció con base a la fórmula finita de adultos mayores de 65 años o más de la Unidad de Medicina Familiar número 27, donde el total es de 21715 en el año 2018.

La fórmula es la siguiente:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot pq / d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot pq$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$)

Dando un total de 378 pacientes + 20% de perdida= 454 pacientes.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión

- Adulto Mayor de 65 años o más.
- Ambos sexos.
- Derechohabiente de UMF 27.

Criterios de Eliminación

- Encuestas incompletas
- Consentimiento informado con llenado incorrecto

METODO

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité Local de Ética en Investigación. Se inició invitando a participar a los adultos mayores que se encontraban en la sala de espera de los consultorios, al aceptar se les pidió pasar a consultorio de atención preventiva integral (API) para respetar el pudor del paciente. Ahí se llenó primeramente consentimiento informado y posteriormente se aplicaron los instrumentos de Índice de Barthel y Lawton-Brody que fue diseñados con el fin de evaluar de las actividades de la vida diaria. Al igual, se llenó hoja de recolección de datos sociodemográficos. A los pacientes que se les detectó algún grado de alteraciones funcional en las AVD (actividades de la vida diaria), fueron canalizados a su consultorio con el Médico Familiar para valoración y seguimiento.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

-Índice de Barthel (IB): Es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Fue propuesto en 1955, tiene un alfa de Cronbach de 0.90-0.92. Es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales. Evalúa 10 actividades: Baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias, subir/bajar escalones, continencia urinaria y fecal y alimentación. La puntuación total oscila entre 0 y 100 (90 si el sujeto utiliza silla de ruedas). La dependencia es leve con 91-99 puntos, moderada con 61 a 90, grave con 21 a 60 y total si resulta menor de 20.

-Índice de Lawton y Brody: La escala más utilizada para evaluar las AIVD es, que valora 8 ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar dinero. Tiene un alfa de Cronbach de 0.918. Se califica como 1 punto para aquéllos independientes en la función y 0 puntos para aquéllos dependientes en la función. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total. Su tiempo de aplicación es de 5 minutos.

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos obtenidos se vaciaron en las hojas de recolección de datos (anexo 3). Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cualitativas. Para variables cualitativas porcentajes o frecuencias. Se analizarán datos con programa estadístico SPSS versión 21.

VARIABLES

Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional
-----------------	------------------------------	-------------------------	-------------------------------

Actividades básicas de la vida diaria (variable dependiente)	Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Se evalúa con índice de Barthel.	Cualitativa Nominal.	(1).0-20: Dependencia total (2) 21-60: Dependencia severa (3)61-90: Dependencia moderada (4) 91-99: Dependencia escasa (5)100: Independencia
Actividades instrumentales de la vida diaria. (variable dependiente)	Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal. Se evalúa con Escala de Lawton-Brody.	Cualitativa nominal.	(1)Máxima dependencia: 0 puntos (2)Independencia total: 8 puntos
Edad (Independiente)	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
Género (Independiente)	Conjunto de personas o cosas que tienen características comunes.	Cualitativa nominal	(1) Femenino (2)Masculino
Escolaridad (independiente)	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cualitativa ordinal	(1)Analfabeta (2) Primaria (3)Secundaria (4)Preparatoria o carrera técnica (5)Licenciatura (6) Otros
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en	Cualitativa nominal	(1)Soltero (2)Casado (3)Unión libre

	función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		(4)Divorciado (5)Viudo
Índice de Barthel	Evalúa las actividades Básicas de la Vida diaria.	Cualitativa Nominal	(1).0-20: Dependencia total (2) 2 I-60: Dependencia severa (3)6 I-90: Dependencia moderada (4) 9 I-99: Dependencia escasa (5)100: Independencia
Escala de Lawton y Brody	Evalúa las actividades Instrumentadas de la vida diaria.	Cualitativa Nominal	(1)Máxima dependencia: 0 puntos (2)Independencia total: 8 puntos

ASPECTOS ÉTICOS

- Se utilizarán consentimientos informados.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial:

Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este Comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que incluya a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que involucre a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica con personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación en personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

- Artículo 98 de la Ley General de Salud en relación a la investigación en seres humanos.

ARTICULO 98.- Para los efectos del presente Reglamento, se considera como institución de salud donde se realice investigación para la salud, a toda unidad orgánicamente estructurada perteneciente a una dependencia o entidad de la Administración Pública, o una institución social o privada en donde se lleve a cabo una o varias de las actividades establecidas en el artículo 5o. del presente Reglamento.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

1. HUMANOS.

Investigador Principal: Dra. Irma Gabriela Chávez Guevara. Residente de Medicina Familiar.

Investigador Responsable: Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta. Médico Familiar UMF 27.

Población de estudio: Adulto mayores pacientes que acuden a consulta externa adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

2.- FÍSICOS

- Área física: Se hizo uso de las salas de espera en la Unidad de Medicina Familia No. 27 para la realización de las encuestas y las áreas correspondientes de cada consultorio del cual pertenezca el paciente.
- Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blancas, copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices, bolígrafos.

3.- FINANCIEROS

Fueron solventados por el investigador principal.

4. FACTIBILIDAD

El presente estudio tiene factibilidad debido a que se tienen los instrumentos y la población necesaria para la recolección de los datos. La unidad cuenta con recursos humanos y físicos suficientes para desarrollar las actividades de la investigación, por lo que es factible su implementación. No representa problema con la bioseguridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo 2016	Abril 2016- Dic 2017	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019
Planteamiento del problema	X						
Redacción del proyecto de investigación		X	X	X			
Registro del protocolo					X		
Captura de datos						x	
Análisis de resultados							X
Reporte final							X

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 454 adultos mayores derechohabientes de la UMF 27, de los cuales el 63.7% de la población son del género femenino (289 pacientes) y el 36.3% del género masculino (165 pacientes) (Tabla 1)(Fig.1), La edad media fue de 75.4 años (media de ± 15), la edad mínima de los participantes fue de 65 años y edad máxima de 95 años de edad. El 65.9% se encontraba casado (299 participantes), 3.7% soltero, 24.9% viudo, 10% divorciado y 3.3% en unión libre. (Tabla 1) (Fig. 2).

En cuanto a la escolaridad encontramos que un 35.2% contaban con una escolaridad de primaria (160 participantes), 34.1% son analfabetas, 14.3% tienen escolaridad secundaria, 12.6% preparatoria y solo un 3.7% nivel licenciatura o superior (Tabla 1) (Fig.3).

Con respecto al estado de salud encontramos que el 75.3% de los adultos mayores padecen alguna enfermedad crónico degenerativa (342 participantes) y un 24.7% no padecen ninguna enfermedad crónico degenerativa. (Tabla 1) (Fig.4).

Con respecto a los hallazgos encontrados mediante la aplicación del índice de Barthel el cual nos permite detectar alguna dependencia del adulto mayor en Actividades Básicas de la Vida Diaria, encontramos que un 61% presentan algún tipo de dependencia (244 participantes) de los cuales un 31.5% dependencia escasa, 19.8% dependencia moderada y un 9.7% dependencia severa, con respecto a los adultos que son independientes que representaron el 39% de la población estudiada. (Tabla 2)

En la evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) mediante la escala de Lawton y Brody encontramos que el 51.8% de la población estudiada (235 participantes) presentan máxima dependencia para poder realizar estas actividades, con respecto al 48.2% de una independencia total. (Tabla 3)

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores

CARACTERÍSTICAS GENERALES				
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad				
Edad mínima		65		
Edad máxima		95		
Desviación típica		±15		
Género				
Femenino	289	63.7	63.7	63.7
Masculino	165	36.3	36.3	100.0
Estado Civil				
Casado	299	65.9	65.9	65.9
Soltero	17	3.7	3.7	69.6
Viudo	113	24.9	24.9	94.5
Divorciado (a)	10	2.2	2.2	96.7
Union libre	15	3.3	3.3	100.0
Escolaridad				
Analfabeta	155	34.1	34.1	34.1
Primaria	160	35.2	35.2	69.4
Secundaria	65	14.3	14.3	83.7
Preparatoria	57	12.6	12.6	96.3
Licenciatura	17	3.7	3.7	100.0
Enfermedades crónicas				
SI	112	24.7	24.7	24.7
NO	342	75.3	75.3	100.0

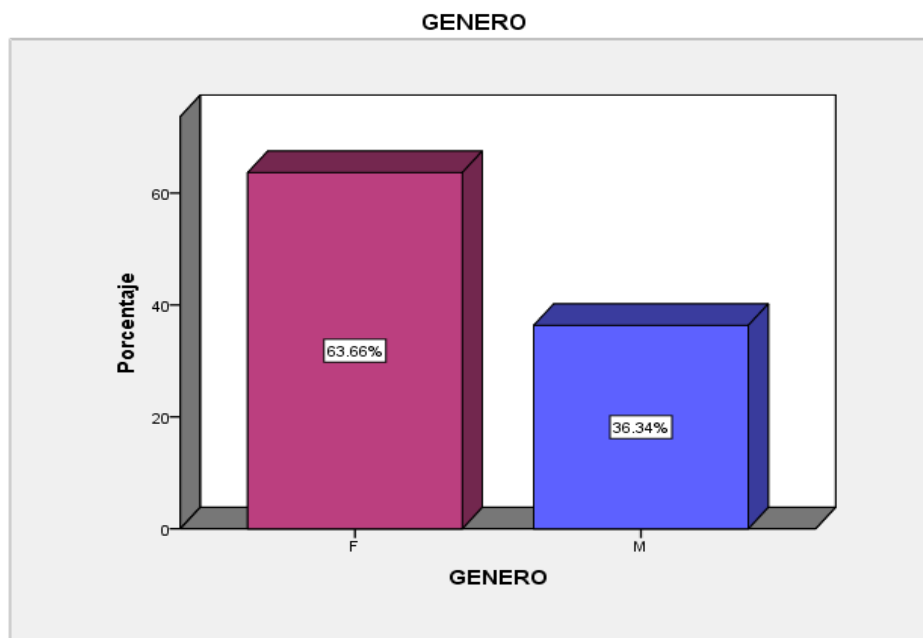


Fig. Grafica por Genero de los adultos mayores

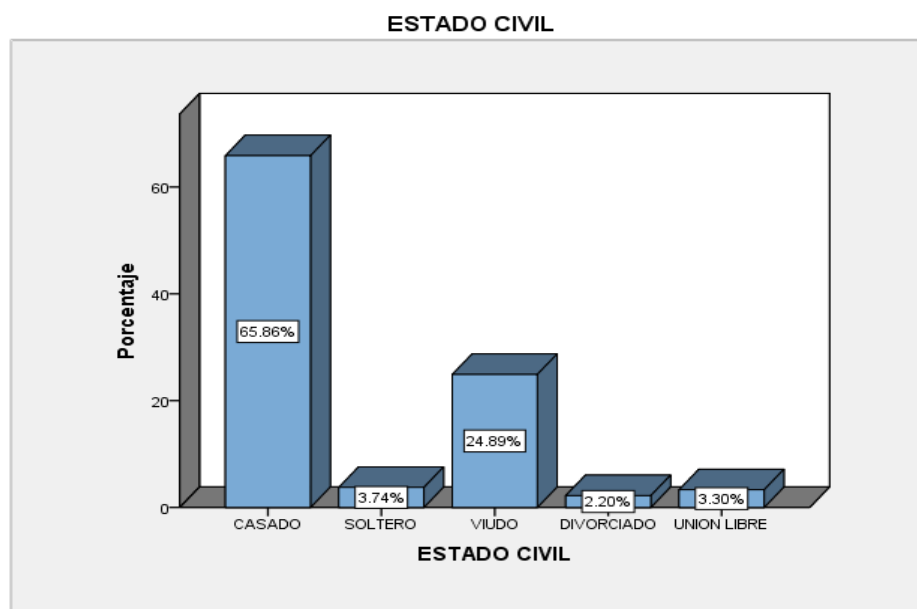


Fig. 2. Gráfica de porcentaje del estado civil

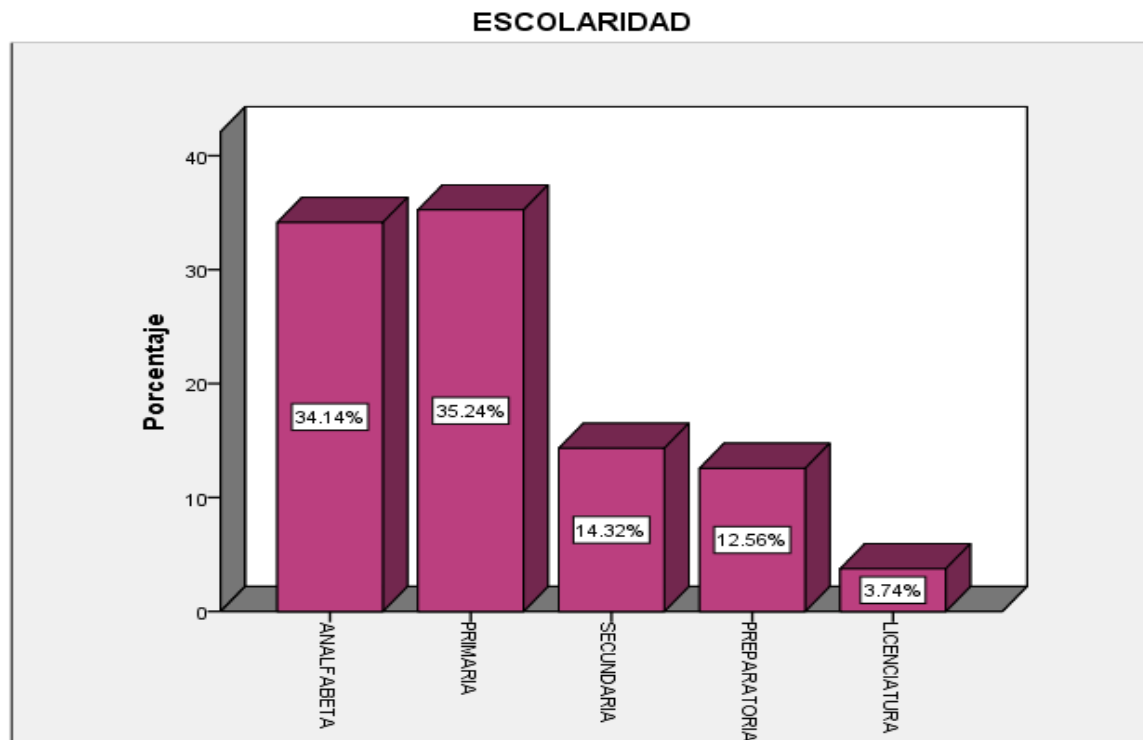


Fig 3. Grafica de nivel de escolaridad

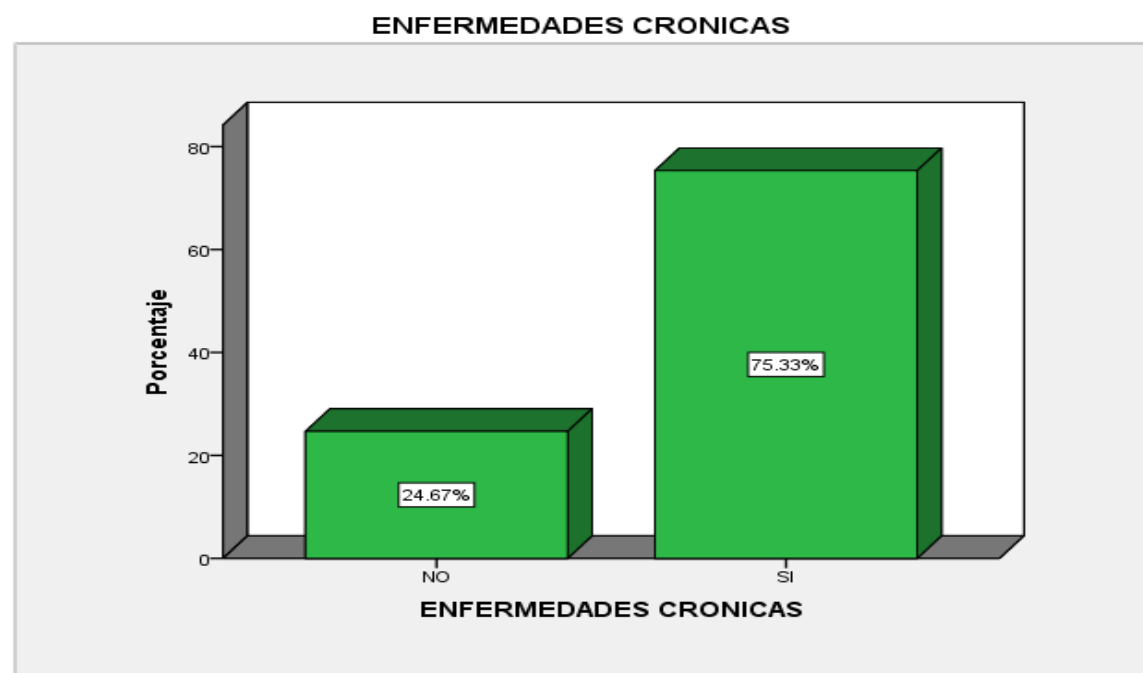


Fig. 4 Grafica de padecimiento de enfermedades crónico degenerativas

Tabla 2. Nivel de dependencia en ABVD mediante el uso de Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INDEPENDENCIA	177	39.0	39.0	39.0
	DEPENDENCIA ESCASA	143	31.5	31.5	70.5
	DEPENDENCIA MODERADA	90	19.8	19.8	90.3
	DEPENDENCIA SEVERA	44	9.7	9.7	100.0
	Total	454	100.0	100.0	

Tabla 3. Nivel de dependencia en AIVD mediante el uso de la Escala de Lawton y Brody

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MAXIMA DEPENDENCIA	235	51.8	51.8	51.8
	INDEPENDENCIA TOTAL	219	48.2	48.2	100.0
	Total	454	100.0	100.0	

Discusión

El Objetivo del presente estudio es evaluar las actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención, en este sentido con respecto a los adulto mayores se encontró mayor dependencia de las mujeres, con respecto a los hombres, así como a mayor edad, mayor dependencia para realizar tanto ABVD , así como AIVD, siendo mas prevalente algún grado de dependencia en la población casada, , datos sociodemográficos que coinciden con estudios anteriores realizados en Mexico, como es en la Encuesta nacional de salud. La escolaridad que mas predominó fue la básica, sin embargo muy cercanamente la cifra encontrada de personas analfabetas es alarmante, dato que coincide con estudios previos que a menor grado de estudios mayor grado de dependencia, sobre todo para AIVD.

Comparado con el estudio Zavala-Domiguez, 2011 en el que se estudió la funcionalidad para las actividades de la vida diaria en adultos mayores de clase media, y el estudio realizado en la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se encontraron que la dependencia en las ABVD fue mayor en el sexo femenino, así como el grado de dependencia fue mayormente en una dependencia escasa, donde al igual que nuestro estudio se relaciona que a mayor edad, mayor grado de dependencia y donde la mayormente afectada son las AIVD. (en nuestro estudio se encontró que mayor de 75 años existe mayor grado de dependencia).

A diferencia del estudio de Paredes-Arturo y Yarce-Pinzon E, 2017 donde ellos encontraron que mayormente la dependencia se encuentra más en el género masculino, nuestro estudio nos arrojó que el género femenino es el que presenta mayor grado de dependencia, así como un nivel de escolaridad bajo. Sin embargo, nuestros estudios coinciden que la presencia de una o más enfermedades crónico degenerativas son condicionantes para que a la larga contribuya a que exista algún tipo de dependencia en las ABVD, así como las AIVD.

Considero que así también en este estudio pudimos evaluar la eficacia y rapidez del uso del Índice de Barthel, así como la Escala de Lawton y Brody, ya que de una forma práctica y rápida no permite identificar de manera oportuna en los consultorios de medicina familiar deterioro funcional en actividades Instrumentadas de la vida diaria, que son las que primeramente se ven afectadas, para detener y diagnosticar de manera oportuna algún deterioro de las Actividades Básicas de la vida diaria, que afectan mayormente la vida del adulto mayor.

Conclusiones

Más de dos tercera partes de los adulto mayores que acuden a la UMF 27 presentan algún grado de dependencia al realizar las ABVD o AIVB, de ahí la importancia de que el Medico Familiar, que es el primer contacto con este grupo poblacional que es muy vulnerable, se apoye en instrumentos como son el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, para poder identificar de manera oportuna signos de algún grado de dependencia en las actividades de la vida diaria y poder realizar intervenciones terapéuticas para la salud del adulto mayor.

La importancia de los resultados encontrados en este estudio está en que México es un país que está sufriendo la inversión de la pirámide poblacional y cada vez serán mayor la cantidad de adulto mayores que acudan a los servicio de médicos a demandar más medicamentos, así como mayor cantidad de estudios, está en nuestras manos el desarrollar programas, así como herramientas e instrumentos que nos permitan identificar de manera oportuna para lograr que nuestra población alcance un envejecimiento saludable.

Limitaciones:

Entre las limitantes del estudio, considero que se encontró una falta de interés por parte de los adultos mayores por responder a las preguntas del instrumento posterior a explicarles la dinámica del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015; [consultado 23 mayo 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=E87930491EC5F93ECA3C937B2DF267E1?sequence=1
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2016. Disponible: <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones/2016/ADULTOS%20MAYORES%202016-2030.pdf>
3. Mayor MC, Yáñez-Luis JA, Coronel M.C., et al. Características clinimétrica en los adultos mayores consultados en la especialidad de Geriátría en la Unidad de especialidades Médicas. Rev Sanid Milit México 2009; 63: 156-177.
4. Organización Panamericana de Salud. Evaluación funcional del adulto mayor, Parte I: Valoración clínica, Modulo 3 [Citado 24 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
5. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (ENASEM) 2012; (consultado 11 Junio 2018) Disponible en: http://www.enasem.org/index_Esp.aspx
6. Fernández SS, González-Pedraza Avilés A, et al. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Espec Méd-Quirúrgicas 2009;14:161-75.
7. Fócil-Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Rev Fac Salud – RFS 2015; 6:12–9.
8. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Citado el 29 de Mayo del 2018) Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
9. Chumpitaz-Chávez Y, Moreno-Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev enferm Herediana 2016;9:30
10. Sanhueza-Parra M, Castro-Salas M y Merino-Escobar JM. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. Rev Cienc. Enferm 2005; 11:17-21
11. González-Domínguez R, Pedraza-Avilés AG. Fragilidad: Prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. Aten Fam 2012;19(1)

12. Muñoz-Silva CA, Rojas-Orellana PA, Marzuca Nassr G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesq* 2015;22:76-83.
13. Cid-Ruzafa J y Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 177-137.
14. Delgado-Cerrot T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas. *Rev. Peru. Obstet. Enferm* 2014;10:1
15. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2018;16:114-128.
16. Lara-Jaque RA y Mardones-Hernández MA. Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán, Brasil. *Theoria*, 2009;18:81-89
17. Soberanes FS, González PAA, Moreno CYC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir* 2009;14:161-72.
18. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, et al. 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 Publica* 2007;22:1-11.
19. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G, Funcionalidad del adulto mayor, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49: 585-590.
20. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publica Mex* 2007;49(suppl):S448-S458

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California. Enero 2019
Número de registro:	(pendiente)
Justificación y objetivo del estudio:	Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud. Evaluar las actividades de la vida diaria en adultos mayores en un primer nivel de atención.
Procedimientos:	Se le invita a participar en el presente estudio el cual evaluara sus actividades de la vida diaria mediante dos cuestionarios. Además se le preguntaran datos como edad, sexo, estado civil, y escolaridad. Son cuestionarios los cuales no toma más de 10 min, y con base a los resultados se obtendrá la información si hay alguna alteración de las en sus actividades diarias. En caso de salir positivo se le enviara a la consulta con médico familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio, se realizara una detección oportuna de alteraciones en sus actividades diarias, para así dar seguimiento en consulta de Medicina Familiar, para poder ser evaluados de forma integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informarán los resultados de mis cuestionarios. Al igual que a mi Médico Familiar. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas adecuadas para beneficio de la salud en pacientes adultos mayores.

Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto o con el departamento.	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.	
Beneficios al término del estudio:	Se me realizara una detección oportuna de mis actividades diarias, y en caso de estar alteradas se informara a mi medico familiar quien llevara el seguimiento.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadores	Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta, Matricula: 2134481, UMF 27, Tijuana BC, Teléfono:(664)1305166. Correo: dr.robertgastelum@gmail.com	
Responsables:	Dra. Irma Gabriela Chávez Guevara. Matrícula 98024499. UMF No. 27, Tijuana, BC. Teléfono: (647) 108 2997. Correo electrónico: gaviotachavez@hotmail.com	
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: comitéeticainv.imss@gmail.com		
_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma Clave: 2810-009-013

Anexo 3. Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE ATENCION MEDICA

UMF 27

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE (iniciales): _____		
NSS: _____		
SEXO:	EDAD:	FECHA:
b) Características Socio-demográficas (Casado)(soltero)(Viudo)(divorciado)(Unión Edo. Civil: libre)		
 _____ (Analfabeta) (Primaria) (Secundaria) (Preparatoria/carrera técnica) Escolaridad: (Licenciatura) _____		
b) valoración funcional ABVD: _____ AIVD _____		
 Índice de Barthel (independencia)(dependencia escasa)(Dependencia moderada)(dependencia severa)		
 Escala de Lawton y Brody (Máxima dependencia) (independencia total)		

Anexo 4. Escalas Utilizadas

INDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso de retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 cm	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 cm, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinencia (necesita que le sumistren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente o sondeado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 hrs)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días.	10

ESCALA DE LAWTON Y BRODY		
	MUJER	VARON
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
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 la 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. PREPARACION DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, caliente y sirve las comida pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la cosas solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
6. USO DE MEDIO 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 de 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 MEDICACION		
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 ECONOMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si 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