

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 8 SAN ANGEL

39

**EVALUACION FUNCIONAL
DEL ADULTO MAYOR**

296059

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DRA. MARIA LAURA DEGOLLADO DAZA**

ASESORES:

DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA
DRA. ALPHA ESCAMILLA RUIZ



IMSS

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. ROSA MARIA VÁZQUEZ ENRÍQUEZ
JEFATURA DE EDUCACIÓN MEDICA E INVESTIGACIÓN

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA
COORDINADORA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DR. EDUARDO GONZÁLEZ MONTOYA
MEDICO FAMILIAR Y GERIATRA

DRA. ALPHA ESCAMILLA RUIZ
JEFATURA DE MEDICINA INTERNA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Mi Alma Mater

Al Instituto Mexicano del Seguro Social

Principal institución formadora de Médicos Familiares

*A los Médicos que han contribuido a mi formación como especialista y
que me han ayudado a crecer como ser humano especialmente a:*

Dra. Isabel Alaminos Sagar

Dra. Guillermina Zavaleta R.

Dr. Miguel Angel González Madrazo

Dra. Guadalupe García

Dr. Eduardo Oropeza Mata

Dra. Ma. Gloria Meléndez

Dra. Luz Farías Elinos

Dra. Berta García Leal

Dra. Leticia García M.

A mis Padres:

María Guadalupe Daza García

Leonardo Degollado Flores

*Por su apoyo incondicional y por darme la mejor herencia que un hijo
puede recibir, una profesión.*

A mis hermanos:

Marissa y Juan Carlos

A Asli y Angie.

*A Katy, Micaela, Juanita, Lolita, Benjamín, Luis, Gema y a Ada por
brindarme su amistad.*

*Al Adulto Mayor por otorgarnos su sabiduría, su riqueza espiritual y su
comprensión.*

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
ANÁLISIS DE RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	11
BIBLIOGRAFÍA	13
ANEXOS	15



[Redacted]

[Redacted]

TITULO

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

[Redacted]

[Redacted]

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo para evaluar el estado funcional del adulto mayor que acude al Servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Angel mediante la aplicación de 2 escalas de valoración funcional básica e instrumental (anexos A, B) así como la aplicación del minimal de Folstein (anexo C) y la escala de depresión geriátrica (anexo D) para evaluar el nivel cognoscitivo y el estado afectivo respectivamente.

La muestra (147 pacientes) estuvo conformada por 57.1 % de individuos del sexo femenino y 42.9 correspondiente al sexo masculino. Tabla 1

Los resultados obtenidos señalan que el 69.4% de los pacientes son independientes para realizar actividades básicas y el restante 30.65 presenta un nivel de dependencia. Grafica 1

Con respecto a la realización de actividades instrumentales (anexo B) el porcentaje de dependencia fue más elevado (99.3%) lo cual se explica debido a que la escala aplicada valora actividades más complejas (capacidad para contestar el teléfono, transportarse, ir de compras, medicación etc.)

Los resultados obtenidos con la aplicación del minimal test de Folstein indica que 63 % de los pacientes presentan deterioro cognoscitivo.

Con la escala de depresión geriátrica se encontró que sólo 8 de los pacientes presentaron depresión leve.

Se realizó el análisis bivariado entre la escala de actividades instrumentales con la escala de Katz, el minimal test de Folstein y la escala de depresión geriátrica. Con la finalidad de evaluar conjuntamente los resultados de cada una, concluyéndose que es importante que se apliquen estas escalas para evitar que el adulto Mayor desarrolle una dependencia en la medida de que esto sea posible.

INTRODUCCIÓN

El anciano ha sido una figura fundamental en la historia de la humanidad ya que en algunas culturas su participación fue determinante para su desarrollo en los aspectos políticos, religiosos y económicos, sin embargo en nuestros días su experiencia y sabiduría no es del todo aprovechada por el contrario en ocasiones ha sido relegado del lugar que históricamente le corresponde principalmente en la cultura occidental e incluso, en algunos países subdesarrollados, sufren una marginación y rechazo político económico y social, por considerarlos erróneamente como personas "incapacitadas" física y mentalmente, lo cual es consecuencia de una ignorancia casi absoluta del campo gerontológico, de ahí que la Organización Panamericana de la Salud en 1982 estableció un programa regional de la salud de los ancianos, como consecuencia de los acuerdos de la Asamblea Mundial para el envejecimiento realizada en Viena en 1982 en la que se reconocieron como principales debilidades el bajo nivel de conocimiento científico sobre los temas del envejecimiento y de la atención de los ancianos, así como la falta de políticas y programas nacionales para la atención del anciano. (1,2,3)

Por otra parte el numero de ancianos en el mundo ha aumentado en forma considerable al respecto la ONU (1983) reportó que en 1930 había alrededor de 200 millones de personas mayores de 60 años, cuya cifra aumentó a 350 millones en 1975, proyectándose a 590 millones para el año 2000 y 1100 millones para el año 2025.

Con relación a los datos demográficos reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Se señala que de las

85,627,971 personas censadas en 1992 el 6.7% corresponde a mayores de 60 años (INEGI 1993 y 1994. Además, la tasa de crecimiento anual en el ámbito nacional de la población geriátrica es de 3.10 % en comparación del 2.04% de la población general. Por tal motivo, podemos aseverar que nuestro país cursa por un proceso de transición demográfica y epidemiológica. debido al incremento en la proporción de la población senecta y una disminución en la tasa de natalidad e incidencia de padecimientos crónicos no transmisibles aun cuando no se ha logrado disminuir en forma radical la prevalencia de enfermedades transmisibles (Secretaria de Salud, 1994 y 1995) (4,5,6)

De lo anterior podemos señalar que México se anticipó a muchas de las políticas establecidas a nivel mundial para el cuidado de los ancianos ya que en 1979, tres años antes de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, creó el Instituto Nacional de la Senectud, no obstante dicha institución tan solo es un paliativo ya que sus avances en investigación docencia y atención han sido limitados, por tal motivo es indispensable desarrollar fuentes de investigación gerontológica, cuyos resultados repercutan positivamente en la salud del adulto mayor para lograr una calidad de vida humanísticamente aceptable, un envejecimiento exitoso y brindarles en el ultimo de los casos una muerte digna, tomando en consideración los derechos inherentes a toda persona.(6,7)

En el caso del adulto mayor, el estado funcional ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como el mejor indicador de la repercusión de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia del individuo. Además su medida es simple y expedita. Lo cual resulta inestimable para fines epidemiológicos. (8)

Las escalas de valoración más utilizadas son las derivadas del método de Katz que comprende la evaluación de la funcionalidad básica o sea la capacidad para el desempeño de las actividades necesarias para mantener una vida independiente (Baño, vestido, alimentación, movilidad y continencia) la estimación de la funcionalidad. Esto es, de la capacidad para la ejecución de las actividades de la vida cotidiana se ha utilizado ampliamente, sea como indicador de progresión de la enfermedad, o bien como marcador de la necesidad de rehabilitación o de medida de la respuesta a la misma.

Las escalas de actividades de la vida cotidiana también han sido empleadas para estimar la "calidad de la vida", la necesidad de atención médica y/o asistencia social entre los ancianos, la elegibilidad para su aseguramiento así como la adecuación de las políticas asistenciales. También es útil para predecir la admisión en casas de retiro y la mortalidad prematura. Además la estimación de las actividades de la vida cotidiana también puede transformarse en una medida de la expectativa de vida activa. (9,10,11)

En la actualidad varias escalas de funcionalidad han sido publicadas con amplias variaciones en el número, disposición de los reactivos y el método de calificación. Las escalas de funcionalidad se han convertido en una herramienta indispensable para la formulación de políticas asistenciales para los adultos mayores; al limitar la definición de incapacidad a la necesidad de auxilio para la ejecución de las necesidades básicas de la vida cotidiana se ha demostrado que es posible obtener estimaciones comparables a partir de fuentes diversas de evaluación funcional. (12,13)

Es por ello que surge la inquietud personal de realizar el presente estudio, aplicando las escalas de valoración funcional (índice de Katz y la escala de Lawton-Brody) además del minimal test de Folstein que valora la presencia de deterioro cognoscitivo y la escala de depresión geriátrica (GDS) que nos indica la presencia de depresión, trastornos frecuentes en los ancianos y que no se diagnostican oportunamente (14,15,16).

Finalmente cabe señalar que aproximadamente el 8.3% de la población adscrita al médico familiar corresponde a los adultos mayores y que este porcentaje va en aumento así como la presencia de mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades que se pueden prevenir en forma oportuna, sin someter a los pacientes a un encarnizamiento terapéutico pasando por alto los derechos del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Angel, México, D.F. durante los meses de julio y agosto del año 2001, en el servicio de consulta externa de Medicina Familiar siendo el objetivo general evaluar el estado funcional físico, el nivel de deterioro cognoscitivo y el grado de depresión de los adultos mayores.

El cual se realizó bajo previa aprobación del Comité de Investigación de H.G.Z. No. 8 San Angel.

Teniendo como población objetivo a los adultos ancianos que cumplieran con los criterios de inclusión: adultos mayores (de 60 y más años de edad) de la consulta externa de Medicina Familiar que se encontrara en la sala de espera, frente a los consultorios y que aceptaran participar en la aplicación de las encuestas.

No se incluyeron a pacientes menores de esta edad (60 años)

Se eliminaron a los pacientes que por falta de tiempo no aceptaron contestar las encuestas.

La muestra estuvo conformada por 147 adultos mayores (de 60 años y más).

Los cuales respondieron a las encuestas, sin que existiera repercusión ética ya que sólo se trato de responder los 4 instrumentos utilizados para la captación de la información, las escalas fueron aplicadas por el

investigador y 2 colaboradores (capacitados para este fin).

Una vez captada la información se precedió al vaciamiento y análisis de los mismos empleando el programa estadístico SPSS versión 10.

Finalmente se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 147 pacientes encontrándose una frecuencia por sexo de 63 individuos pertenecientes al sexo masculino y 84 al sexo femenino correspondientes a un porcentaje de 42.9 y 57.1 respectivamente.

La información obtenida por la escala de actividades básicas de la vida diaria fue de 69.4% de pacientes independientes en las 6 funciones evaluadas (A) 15% independiente en 5 funciones (B) 4.1% dependiente en baño y otra (C) 4.8% dependiente en baño, vestido y otra función (D) 1.4% dependiente en baño, vestido, continencia y otra (E) 1.4% dependiente en baño, vestido, continencia y movilización (F) 1.4% dependiente en las 6 funciones (G) 2.7% dependiente en 2 funciones no clasificadas en C, D, E, o F.

Con respecto a la escala de actividades instrumentales se encontró 6.1% severamente dependiente, 15% moderadamente dependiente, 76.9% levemente dependiente y únicamente el 1.7% normal (independiente.)

En cuanto a la información obtenida por la aplicación del minimal test correspondió a 4 pacientes con deterioro cognoscitivo grave, 15 pacientes con deterioro cognoscitivo moderado, 76 pacientes con deterioro cognoscitivo leve, 52 pacientes sin deterioro cognoscitivo.

Con la escala de depresión geriátrica se encontró que 8 pacientes presentaron depresión leve, 139 pacientes sin depresión y 0 pacientes con depresión severa.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Haciendo el análisis bivariado entre la escala de actividades instrumentales y la escala de actividades básicas encontramos 22 pacientes (dependencia con ayuda) de éstos pacientes 12 son totalmente independientes, 2 dependientes en una función, 4 pacientes dependientes en baño, vestido y otra, 1 paciente dependiente en baño, vestido, continencia y otra función, 0 pacientes independientes en una función, 1 paciente dependiente en las seis funciones.

Por otro lado en el estudio cruzado entre actividades instrumentales y minimal test de Folstein se encontró que 5 se encuentran sin deterioro cognoscitivo (normales) 13 con deterioro cognoscitivo leve, 3 con deterioro cognoscitivo moderado, 1 con deterioro cognoscitivo grave.

Dentro del examen bivariado de actividades instrumentales y la escala de depresión geriátrica 21 se encontraron sin depresión y solo 1 con depresión leve.

Del presente análisis llama la atención que en la escala de actividades instrumentales se detectaron 4 pacientes dependientes en más de 3 funciones, y con deterioro cognoscitivo 13 pacientes lo que nos hace suponer que la escala de actividades instrumentales más la escala de actividades básicas más el minimal test de Folstein refuerza que a todos los pacientes de 60 años o más se les debe aplicar de manera preventiva para detectar deterioro cognoscitivo y dependencia, para que una vez detectados se les de tratamiento y seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se observó que la frecuencia de pacientes del sexo femenino fue mayor que la del sexo masculino, lo cual corresponde a lo referido a la literatura en cuanto a que hay más individuos del sexo femenino que del masculino lo cual se explica por la diferencia en la esperanza de vida para cada sexo.

2. Existen pacientes dependientes ya sea leve o moderadamente e inclusive severamente dependientes tanto en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria como en las actividades instrumentales lo cual representa un factor de riesgo importante para que los adultos presenten más patologías.

3. Existe una frecuencia elevada de pacientes con deterioro cognoscitivo leve lo que representa un riesgo importante para desarrollar demencia.

4. Los pacientes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar no tienen depresión (la frecuencia fue de 8 pacientes)

5. Que existen pacientes con un resultado de dependientes tanto en actividades básicas como instrumentales y que además tienen deterioro cognoscitivo leve.

6. Ahora bien los 8 pacientes que presentaron depresión leve (4) también presentaron deterioro cognoscitivo leve y sólo uno de ellos presentó dependencia, lo que nos indica la importancia de la pluripatología en el adulto Mayor (síndromes geriátricos) y que en

algunos casos la depresión No se diagnostica ó se encuentra enmascarada

Por lo tanto concluyo con este estudio que es de vital importancia fomentar la aplicación de las escalas de valoración funcional en la práctica clínica para detectar y prevenir que los adultos mayores sean dependientes ó la presentación de enfermedades mentales (demencia) ó trastornos en el estado afectivo (como depresión) los cuales constituyen por si mismos un factor de riesgo importante para que la calidad de vida de nuestros ancianos se altere y en el peor de los casos los conduzca a la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lifshitz, A. Estrada, C. *El envejecimiento un enfoque médico-social*. Ciencia y Desarrollo 1998; 24: 11-17
2. Aguirre H, Báez B, Soto M, Valdivieso R, Galindo R. *Demanda de atención médica en el I.M.S.S por derechohabientes de 65 años y mayores*. Rev. Med. IMSS 2000; 38:39-52
3. Buchner, David. Wagner, E. *Clinics in geriatric medicine* Mc Graw Hill, 1992: 1-17
4. Michael P. McGrail P. Lohman, William, Gorman Robert. *Disability prevention principles in the primary care*. Am Fam Physician 2001; 63: 679-84
5. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas 1994
6. Horan, M. Clague J. *Injury in the aging: recovery and rehabilitation* British Medical Bulletin 1999; 55: 895-909
7. Fleming K. Jonathan M. Weber D. y Col *Practical Functional assessment of elderly persons a primary-care approach*. Mayo Clin Proc. 1995, vol: 70 890-913.
8. Forcica M. *Secretos de la Geriatría*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill, 1999: 261-270

9. Hughes S. Anita G. Frances M. Y Col *Relationship Between caregiver burden and health-related quality of life. The gerontologist* vol. 39 (5) 534-545
10. Guralnik J. Ferruccil, Simon sick M. Et al *Lower extremity function in persons over the ago of 70 y eras as a predictor of subsequent disability N. Engle J. Med* 1995; 332: 556-561.
11. Wilkins A. Silva R. Huerta, F. Olvera K. *Instrumentos de evaluación en Geriatría, Medicina Interna de México* 1996; 2: 102-104
12. William B. Applegate M. john P. y Col. *Instruments for the functional assessment of older patients. NEJM* 1999; 322:1207-1214
13. Díaz, F. Alemán, R. Morales, J Jaimes, E *Tópicos de Geriatría. 1ª ed. UAEM, 2000: 28-32, 96-105.*
14. Aleman A. Haralol H, Samson M. *Relationship between physical and cognitive function in healthy older men: a role for aerobic power. J. American Gerontology* 2000; 48: 104-105
15. Krassolevitch M. *Psicoterapia geriátrica. 1ª. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1982: 111-133*
16. Santacruz K., Swagerty d. *Early diagnosis of dementia. Am Fam Physician* 2001; 63: 703-713.
17. Curiel O. *Eutanasia: prohibido mencionar su nombre. Med. Int Mex* 1998; 14(4) 193-196.

ANEXO A

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

HOJA DE EVALUACIÓN NOMBRE _____ FECHA _____

En cada área de funcionamiento mencionada abajo, marque la descripción que sea aplicable (la palabra "ayuda" significa supervisión, dirección o asistencia personal)

Baño: baño de esponja, baño en tina o regadera		
<input type="checkbox"/> no recibe ayuda (entra y sale de la tina por sí mismo cuando se baña en tina)	<input type="checkbox"/> recibe ayuda para lavar solo una parte del cuerpo (como la espalda o una pierna)	<input type="checkbox"/> recibe ayuda para lavar más de una parte de cuerpo (o no se baña)
Vestido: saca la ropa de armarios y cajones, incluyendo ropa interior y exterior y utiliza prendas para ajustarla incluyendo tirantes si los usa.		
<input type="checkbox"/> saca la ropa y se viste completamente sin ayuda	<input type="checkbox"/> Saca la ropa y se viste sin ayuda, excepto para ajustar las cintas o hebillas de los zapatos.	<input type="checkbox"/> recibe ayuda para sacar las ropas o para vestirse, o permanece desvestido parcial o completamente
Sanitario: acude al cuarto llamado sanitario para evacuar/orinar, se asea después y arregla sus ropas		
<input type="checkbox"/> acude al sanitario, se asea y arregla sus ropas sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyarse como un bastón, una andadera o una silla de ruedas, y puede utilizar una bacinica o un cómodo por la noche, vaciándolo en la mañana)	<input type="checkbox"/> recibe ayuda al acudir al sanitario o al asearse o arreglar sus ropas después de la eliminación o al emplear una bacinica o un cómodo por la noche	<input type="checkbox"/> no acude al sanitario para el proceso de eliminación
Movilización		
<input type="checkbox"/> sube y baja de la cama, y se sienta y se levanta de una silla sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyarse como un bastón o una andadera)	<input type="checkbox"/> sube y baja de la cama y se sienta y se levanta de una silla con ayuda.	<input type="checkbox"/> no se levanta de la cama
Eliminar esfínteres		
<input type="checkbox"/> controla la micción y la defecación completamente	<input type="checkbox"/> presenta accidentes ocasionales	<input type="checkbox"/> requiere supervisión para controlar la micción o la defecación utilizando una sonda, o no controla sus esfínteres.
Alimentación		
<input type="checkbox"/> se alimenta sin ayuda	<input type="checkbox"/> se alimenta solo pero requiere ayuda para cortar la carne o untar la mantequilla en el pan	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para alimentarse o es alimentado parcial o completamente a través de sondas o por medio de soluciones intravenosas.
Índice		
<input type="checkbox"/> indica independencia	<input type="checkbox"/> indica dependencia	<input type="checkbox"/> indica dependencia
<p>A: independiente en las seis funciones</p> <p>B: independiente en todas salvo en una de estas funciones</p> <p>C: independiente en todas, salvo en el baño y en otra función</p> <p>D: independiente en todas, salvo en el baño, el vestido y en otra función</p> <p>Otro: dependiente por lo menos en dos funciones, pero no puede ser clasificado como C, D, E, ni F.</p>		
<p>E: independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario y en otra función.</p> <p>F: independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario la movilización y en otra función.</p> <p>G: dependiente en las seis funciones</p>		

ANEXO B

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA (AIVC)

NOMBRE _____ **CALIFICADO**
POR _____ **FECHA** _____

<p>1. ¿puede usted usar el teléfono sin ayuda 3 con ayuda o 2 es incapaz de usar el teléfono 1</p> <p>2. ¿puede ir a algunos lugares sin ayuda 3 con cierta ayuda o es completamente incapaz de viajar a menos que se hagan arreglos especiales 1</p> <p>3. ¿puede ir a la tienda de abarrotes sin ayuda 3 con cierta ayuda o 2 es completamente incapaz de ir de compras 1</p> <p>4. ¿puede preparar sus propios alimentos 3 sin ayuda 2 con cierta ayuda o es completamente incapaz de preparar alimentos 1</p> <p>5. ¿puede efectuar el quehacer de la casa 3 sin ayuda 2 con cierta ayuda o es completamente incapaz de efectuar el quehacer de la casa 1</p> <p>6. ¿Pueden realizar tareas menudas varias sin ayuda 3 con cierta ayuda o 2 es completamente incapaz de efectuar alguna tarea menuda. 1</p>	<p>7. ¿puede hacerse cargo del lavado de ropa sin ayuda 3 con cierta ayuda o 2 es completamente incapaz de hacerse cargo del lavado de ropa 1</p> <p>8. ¿toma usted sus medicamentos sin ayuda (a las dosis correctas y en el horario correcto) 3 con cierta ayuda (si alguien los prepara o le recuerda que los tome) o 2 ¿Es completamente incapaz de tomar sus medicamentos? 1</p> <p>9. ¿puede manejar su dinero sin ayuda 3 con cierta ayuda o 2 es completamente incapaz de manejar dinero? 1</p>
---	--

Los pacientes o quienes cuidan de ellos pueden llenar la hoja en unos cuantos minutos. La primera respuesta en todos los casos indica independencia; la segunda capacidad con ayuda; y la tercera dependencia. En ésta versión, la puntuación máxima es de 24 aunque las puntuaciones sólo tienen significado para un paciente en particular, como cuando las puntuaciones que disminuyen con el transcurso del tiempo muestran deterioro.

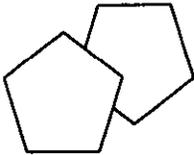
Las preguntas 4-7 tienden a ser específicas para el género: adaptelas según se trate de un hombre o de una mujer.

ANEXO C

NOMBRE: _____ . EXP: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

- | | Puntos |
|---|--------|
| 1. Pedir al enfermo que señale: | 5 |
| - Año | |
| - Estación | |
| - Día | |
| - Mes en que esta | |
| - Fecha de hoy | |
| 2. ¿Dónde esta usted? | 5 |
| - País | |
| - Estado | |
| - Ciudad | |
| - Lugar | |
| - Piso en que vive | |
| 3. nombrar tres objetos, mostrarlos lentamente y pedir que los repita | 3 |
| 4. Restar 7 progresivo a 100 o pedir que deletree la palabra "MUNDO" al revés | 5 |
| 5. Pedir Que repita el nombre de los tres objetos presentados que no guarden relación alguna | 3 |
| 6. Identificar objetos cuando se le presenten. (lápiz, reloj, llave, vaso... etc.) | 2 |
| 7. Pedir al paciente que repita:
"No, siempre, y cuando, o, pero." | 1 |
| 8. dar una orden de tres elementos
(Tome un papel con su mano, dóblelo y póngalo en el suelo.) | 3 |
| 9. pedir al enfermo que cierre los ojos | 1 |
| 10. escribir una orden sencilla | 1 |
| 11. copiar pentágonos que se crucen | 1 |



Total _____ puntos.

ANEXO D

ELIJA LA MEJOR RESPUESTA ACERCA DE CÓMO SE SINTIÓ USTED LA SEMANA PASADA

1. ¿Esta usted básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SÍ	NO
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	SÍ	NO
4. ¿Se aburre con frecuencia?	SÍ	NO
5. ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?	SÍ	NO
6. ¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	SÍ	NO
7. ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8. ¿Teme usted que le vaya a pasar algo malo?	SÍ	NO
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
10. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	SÍ	NO
11. ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	SÍ	NO
12. ¿Prefiere permanecer en su casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SÍ	NO
14. ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SÍ	NO
15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
16. ¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?	SÍ	NO
17. ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?	SÍ	NO
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	SÍ	NO
19. ¿Encuentra que la vida es muy interesante?	SÍ	NO
20. ¿Le resulta poner en marcha nuevos proyectos?	SÍ	NO
21. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
22. ¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
23. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	SÍ	NO
24. ¿Se enfada con frecuencia por cosas pequeñas?	SÍ	NO
25. ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?	SÍ	NO
26. ¿Le resulta difícil concentrarse?	SÍ	NO
27. ¿Se siente feliz al levantarse por las mañanas?	SÍ	NO
28. ¿Prefiere evitar los contactos sociales?	SÍ	NO
29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SÍ	NO
30. ¿Conserva una mente tan clara como antes?	SÍ	NO

Respuestas apropiadas (no indicadoras de depresión) = sí; todas las demás = no

PUNTUACIÓN numero de respuestas "deprimidas"

NORMAS

Normal	5+-4
Depresión leve	14+-6
Depresión intensa	23+-5

TABLA A
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

LETRA	CALIFICACIÓN	PACIENTES
A	Independiente en 6 funciones	102
B	Independiente en todas menos en 1	22
C	Dependiente en baño y otra	6
D	Dependiente en baño, vestido y otra	7
E	Dependiente en baño, vestido, continencia y otra	2
F	Dependiente en baño, vestido, continencia, movilización	2
G	Dependiente en las 6 funciones	2
O	Dependiente en dos funciones excepto C, D, E, F.	4
		Total 147

TABLA B
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

NUMERO	CALIFICACIÓN	PACIENTES
3	Independiente	114
2	dependiente con ayuda	22
1	totalmente independiente	11

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

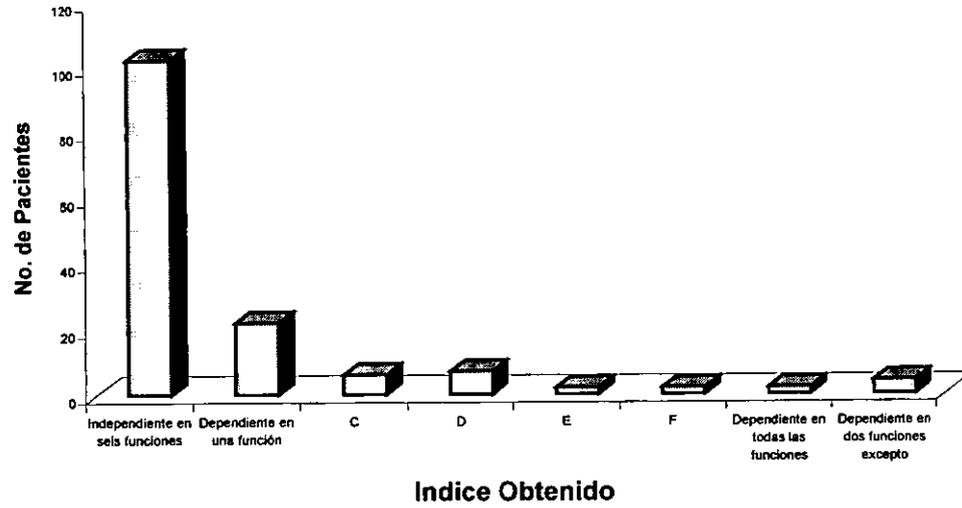
TABLA C
MINIMENTAL TEST FOLSTEIN

NUMERO	CALIFICACIÓN	PACIENTES
4	Sin deterioro cognoscitivo	52
3	Con deterioro cognoscitivo leve	76
2	Con deterioro cognoscitivo moderado	15
1	Con deterioro cognoscitivo grave	4

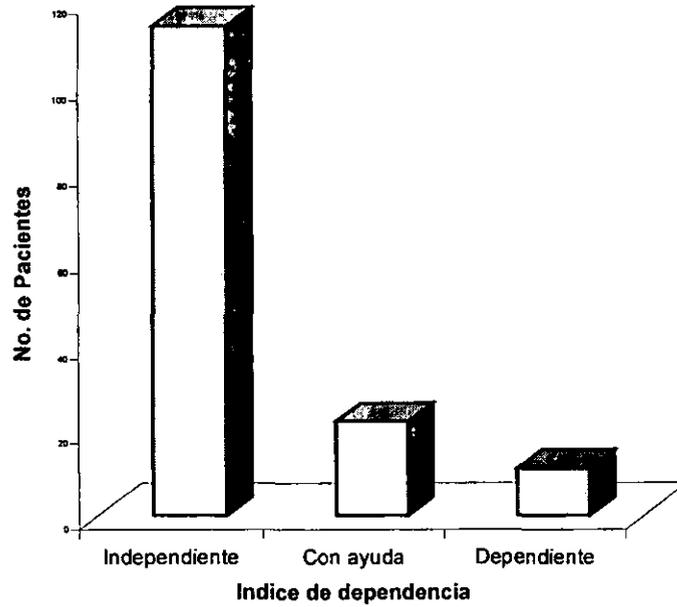
TABLA D
GDS

NUMERO	CALIFICACIÓN	PACIENTES
1	NORMAL	139
2	DEPRESIÓN LEVE	8
0	DEPRESIÓN SEVERA	0
		TOTAL 147

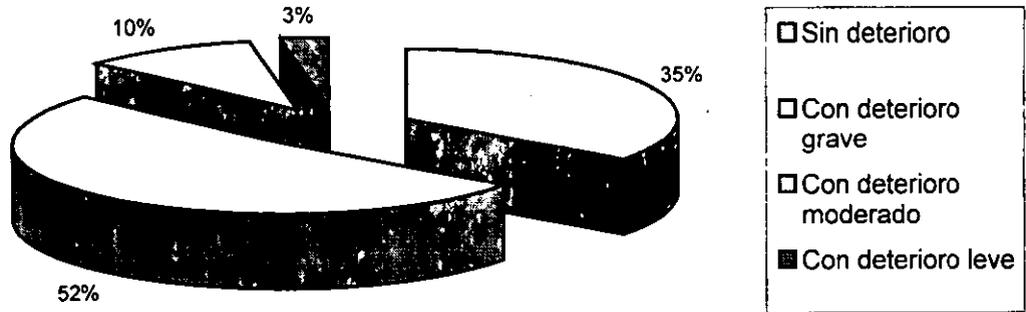
Actividades Básicas de la Vida Diaria



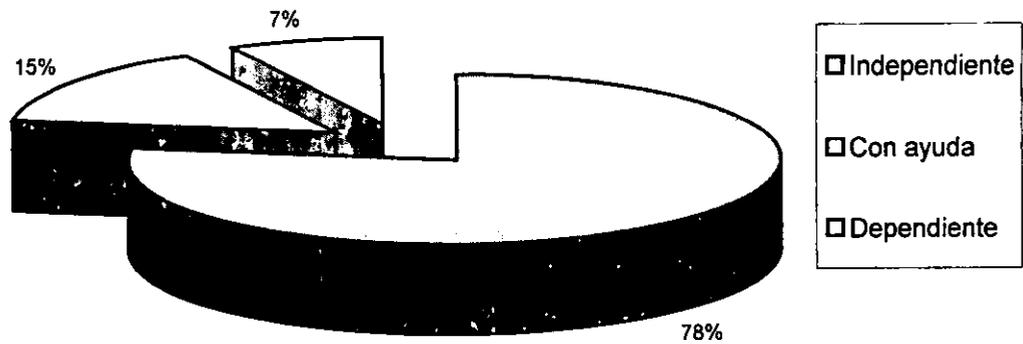
Gráfica de actividades instrumentales



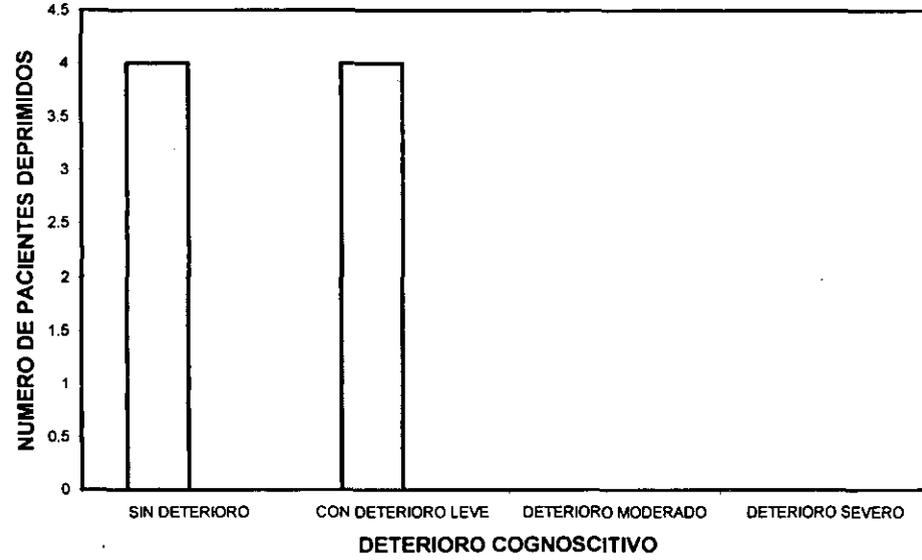
Gráfica del Nivel de Deterioro Cognositivo



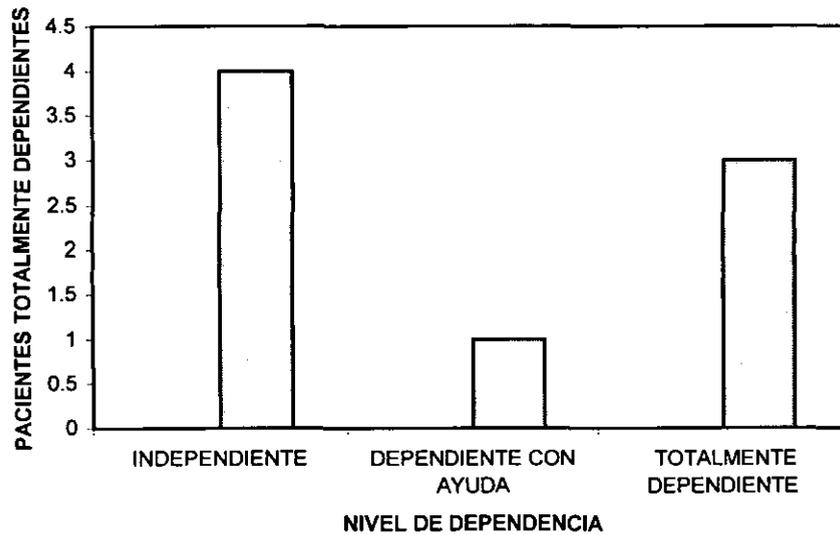
Gráfica de Actividades Instrumentales



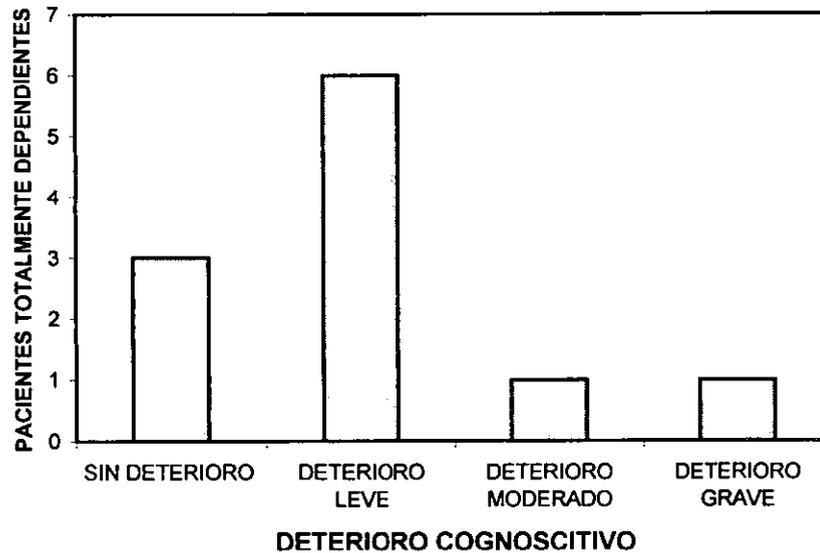
GDS+MINIMENTAL



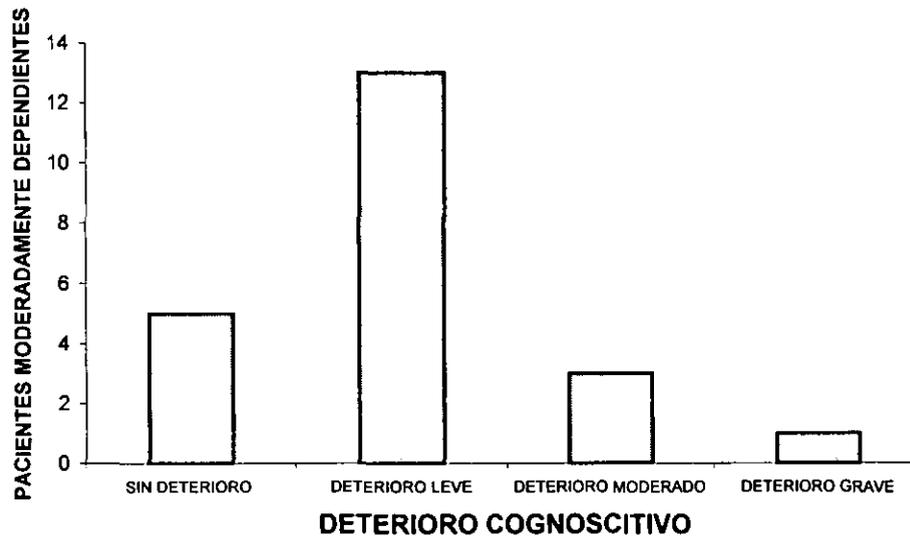
GDS+ACTIVIDADES INSTRUMENTALES



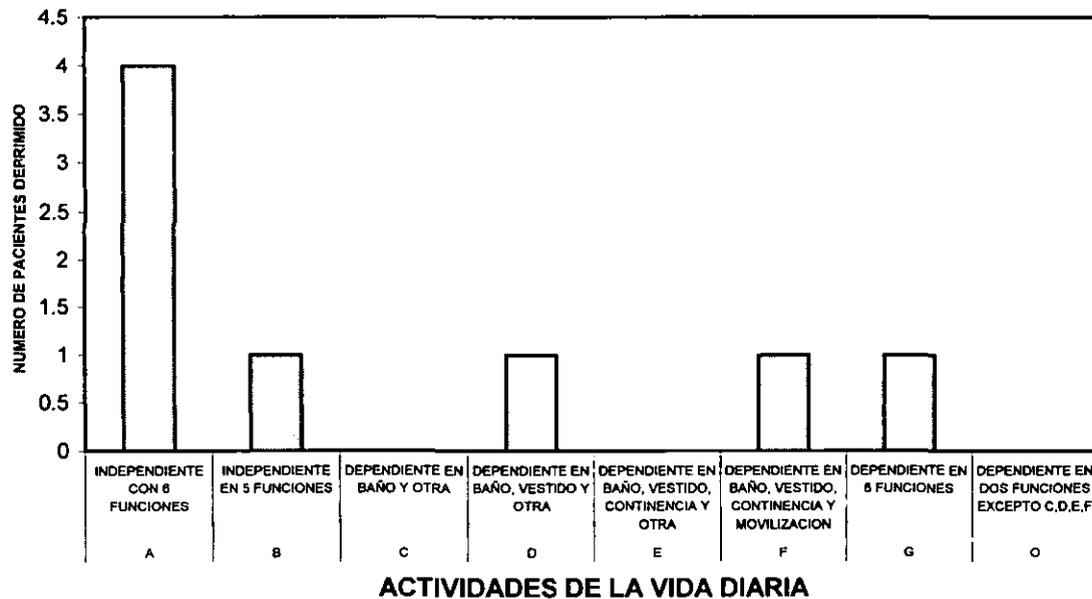
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES+MINIMENTAL



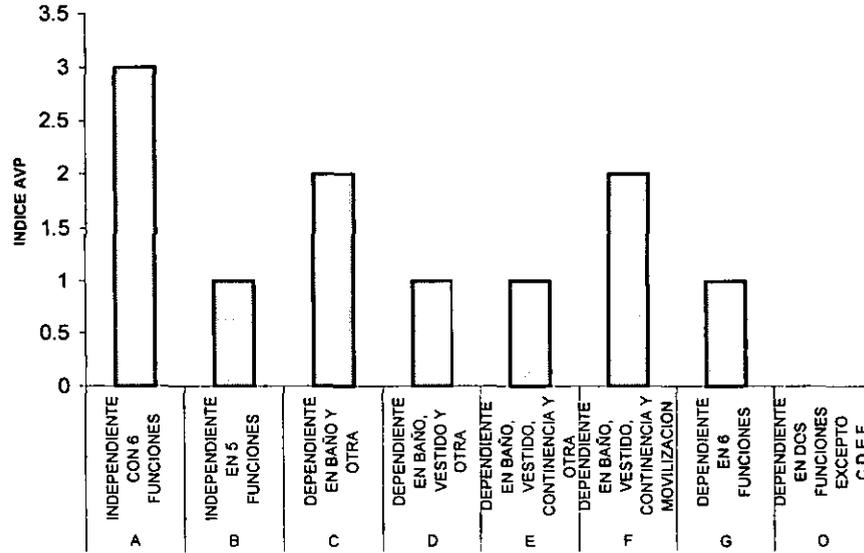
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES+MINIMENTAL



GDS+AVD



ACTIVIDADES INSTRUMENTALES+ACTIVIDADES BASICAS



DEPENDIENTES CON AYUDA