



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES “ZARAGOZA”

Evaluación Geronto - geriátrica Integral en los adultos mayores
que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel”
en el Municipio de Chalco, Estado de México

TESIS

Que para obtener el título de
Médico Cirujano

PRESENTA

Ricardo Reyes Tinoco

DIRECTORA

Dra. María de la Luz Martínez Maldonado

ASESOR

Dr. Jesús Perea Pacheco



Ciudad de México, FES Zaragoza, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

“Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM << clave: IG300517>>.

Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida”.

En especial gracias a la Dra. María de la Luz Martínez Maldonado, por la confianza, dirección, paciencia y dedicación depositada en este trabajo, sobre todo agradezco su gran calidad humana para guiarme, esperando que este a la altura de su trayectoria.

Al Dr. Jesús Perea Pacheco, quien accediera generosa y desinteresadamente a ser mi asesor en la elaboración de esta investigación.

A la Mtra. María Guadalupe Contreras García por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y sus sugerencias.

A la Dra. María Antonieta Vargas Pérez por su tiempo y conocimientos.

A la Dra. Bárbara Sánchez Arreola por su tiempo y sugerencias.

A la Dra. Verónica Montes de Oca por permitirme participar en su proyecto de investigación, por confiar en mí, por su apoyo y por permitirme ser su alumno en las actividades del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez gracias por las experiencias de vida que me permitirán seguir aprendiendo, ser mejor persona y médico.

DEDICATORIA

A mi madre Adriana y mi padre Juan Manuel, les agradezco su apoyo, paciencia, dedicación, comprensión, y enseñanzas, gracias por los valores que me inculcaron me han hecho crecer como persona y he entendido que tanto los triunfos como las derrotas son oportunidades.

A mis hermanos Gloria Patricia, Juan Manuel y Verónica. A mi tía Rosalba a quien siempre les agradezco su apoyo a lo largo de mi vida.

A mis sobrinas Glenda y Sophiee a quienes les digo que ningún soñador es pequeño y ningún sueño es demasiado grande.

A mi compañera de vida Catalina por brindarme su apoyo y sobretodo el aliento para seguir adelante, por su paciencia, pero más que nada, por su amor.

“La mejor puerta que se te puede abrir, son dos brazos que están dispuestos a soportar contigo la guerra que sea”. (Benjamin Griss)

A todas esas personas que en algún momento fueron parte de mi vida durante mi estancia en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

A los adultos mayores del Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel” quienes me brindaron su confianza y me permitieron ser no solo su médico sino un amigo a quienes les prometí regresar y empezar el sueño de ayudar a los adultos mayores en el Municipio de Chalco.

Gracias

Reyes Tinoco Ricardo



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1.Envejecimiento poblacional	2
1.1.1 Esperanza de vida	2
1.1.2. Envejecimiento en México	3
1.2.Contexto sociodemográfico en el municipio de Chalco	4
1.2.1. El crecimiento demográfico del municipio	4
1.3. Envejecimiento y vejez	5
1.4.Tipos de edades	8
1.5. Concepto de salud durante la vejez	8
1.6. Síndrome geriátrico	8
1.7. Evaluación Geronto – geriátrica Integral	9
1.7.1. Concepto	10
1.7.2. Beneficios	10
1.7.3. Alcances	11
1.7.4. Características de los instrumentos de medición	11
1.8 Componentes de la Evaluación Geronto – geriátrica	12
1.8.1 Evaluación biomédica o clínica	12
1.8.1.1 Polifarmacia	14
1.8.1.2 Marcha y Equilibrio	15
1.8.1.3 Evaluación Nutricional	16
1.8.1.4 Salud bucodental	16
1.8.1.5 Trastornos de sueño	17
1.8.1.5.1 Insomnio	17
1.8.1.5.2 Somnolencia	18
1.8.2 Evaluación Mental y afectiva	18
1.8.2.1 Deterioro cognitivo	18
1.8.2.2 Trastorno depresivo	20
1.8.2.3 Autoestima	20
1.8.3 Evaluación Social	21
1.8.3.1 Redes de apoyo social	21
1.8.3.2 Calidad de vida	22
1.8.4 Evaluación Funcional	23
Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	24
1.8.4.1 índice de Katz	24
1.8.4.2 Índice de Barthel	24
Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)	25
1.8.4.3 Escala de Lawton y Brody	25
Actividades Físicas	25
1.8.4.4 Escala de Rosow – Breslaw	25
1.8.4.5 Cuestionario de Nagi	26
1.9. Cuadro de revisión sistemática	27

II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
III.	OBJETIVO GENERAL	36
IV.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
V.	MATERIAL Y METODOS	38
VI.	RESULTADOS	61
VII.	DISCUSIÓN	81
VIII.	CONCLUSIONES	98
IX.	PERSPECTIVAS	101
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
XI.	ANEXOS	110

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente estudio es describir la evaluación Geronto – geriátrica integral en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel” en el Municipio de Chalco, Estado de México.

El adulto mayor presenta características particulares que hacen necesario un abordaje diferente; por lo cual, es importante modificar la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física), empleando instrumentos de tamizaje estandarizados y validados internacionalmente.

Dentro de mi desempeño como médico pasante en servicio social aplique diversos instrumentos de valoración Geronto – geriátrica para obtener un diagnóstico sobre los problemas físicos, mentales, sociales y funcionales. Estos resultados son una fuente de información que podrá ser en un futuro un marco de referencia y un área de oportunidad para elaborar una agenda que incorpore al envejecimiento en el diseño de nuevas políticas para la inclusión social, reducción de la pobreza y desigualdad en los adultos mayores del Municipio de Chalco.

I. MARCO TEÓRICO

Envejecimiento poblacional

En la actualidad el envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, el 11.5% de la población tiene más de 60 años de edad, se estima que para el año 2050 alcanzara el 22%.⁽¹⁾ Esto se asocia principalmente a; la mejoría de las condiciones higiénico – sanitarias y de la nutrición, al control de las enfermedades transmisibles, a la declinación de la tasa de fertilidad, al control de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida.⁽²⁾⁽³⁾

Esperanza de vida

La esperanza de vida es una estimación del promedio de años que le resta por vivir a un grupo de personas de una misma edad.⁽⁴⁾⁽⁵⁾ En México de acuerdo con el Censo de población y vivienda 2010, la esperanza de vida al nacer es de 75.4 años (77.4 años en mujeres y 73.1 años en hombres).⁽⁶⁾ Según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2020 será de 83.8 años en mujeres y 74.2 años en los hombres y para el año 2050 se calcula de 85.5 años en mujeres y de 82 años en hombres.⁽⁵⁾⁽⁷⁾

Actualmente la esperanza de vida saludable es de 65.8 años (68.7 años en mujeres y 67.4 años en hombres), lo más importante que el número de años que vivirá una persona, es cómo logrará hacerlo, pues 9.6 años de la esperanza de vida en general vivirán con cuadros de comorbilidad importante que limitan su funcionalidad y grado de dependencia, requiriendo mayor atención en servicios sociales y de salud. ⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Envejecimiento en México

De acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2015 la población nacional es de 119, 938, 437 habitantes de los cuales el 10.4% son mayores de 60 años, de éste corresponde al 5.6% a mujeres y 4.8% a hombres. (8)(9)

De acuerdo con las proyecciones del CONAPO, en el año 2015 , uno de cada 10 mexicanos tiene 60 años o más (10%) para el año 2050 se prevé que represente el 21.5 % de la población total.(10)

Un estudio realizado por la División de Población del Departamento de asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (UNDESA – Population División, 2015) clasifica, por el porcentaje de adultos mayores que tiene cada país en cuatro grupos: población híper envejecida (un tercio de la población tiene más de 60 años), población envejecida (del 20 a 29% de su población son adultas mayores), sociedades en transición (10 – 19% de su población tiene 60 años y más) y poblaciones jóvenes (con menos del 10% de su población en edades avanzadas . Según datos de este estudio, México es un país de población joven; donde los adultos mayores representan el 9.6 % con respecto a su población nacional. Se espera que para el 2030 el porcentaje de adultos mayores ascenderá a 14.9% considerándose como sociedad en transición y para 2050 ascenderá a 24.7 % considerándose una población envejecida.(10)

Siendo las entidades con mayor número de adultos mayores: Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, en las cuales habitan el 41.5% de la población total de personas en ese grupo etario.(10)

De acuerdo al INEGI en el año 2015 de los 16, 187, 608 personas que habitan en el Estado de México corresponde aproximadamente al 9.37% (1, 517, 425) a la población mayor de 60 años de los cuales el 5.09% son mujeres (824,041) y 4.28% (693,384) son hombres.(9)

Contexto sociodemográfico en el Municipio de Chalco

El municipio de Chalco se localiza en la porción oriente del Estado de México y colinda al norte con el municipio de Ixtapaluca, al este con los municipios de Temamatla, Cocotitlán, Tlalmanalco, al sur con el municipio de Juchitepec y la Ciudad de México y al oeste con el municipio de Valle de Chalco Solidaridad.(11)



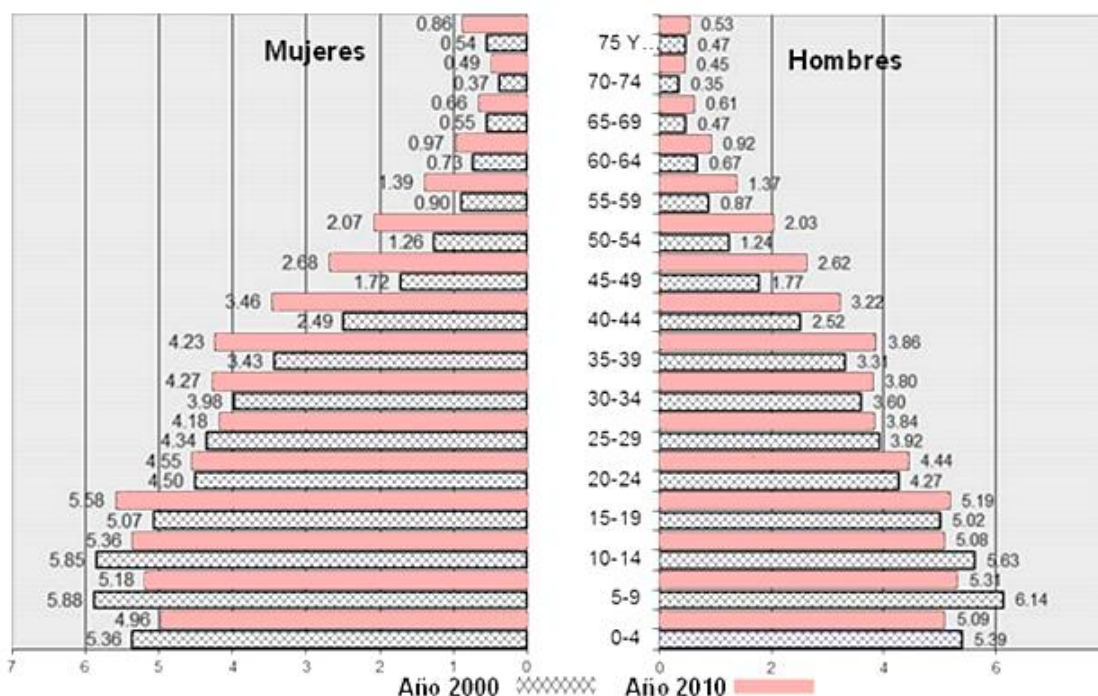
Fuente: Plan Municipal de Desarrollo Urbano de Chalco, Estado de México 2014. (11)

El crecimiento demográfico del municipio

Entre 1970 y 1980 el municipio duplicó su población, en la década de los ochentas se registra el mayor ritmo de crecimiento demográfico del municipio, triplicando su población. En 1994 el municipio disminuye su población debido a la segregación para conformar el Municipio de Valle de Chalco. En la década comprendida entre el 2000 y 2010 el municipio creció en 92,158 habitantes, llegando a ese último año a los 310,139 habitantes. En el año 2015 el INEGI reporta 343,701 habitantes.(9)(11)

El municipio ha venido incrementando su participación respecto a la población total del Estado de México actualmente aloja al 2.1% de la población total de la entidad.(11)

Grafico 1. Distribución de la población por quinquenales de edad, Municipio de Chalco 2000- 2010



Fuente: Plan Municipal de Desarrollo Urbano de Chalco, Estado de México con base en INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2000 y Censo de Población y Vivienda 2010.(11)

En el municipio de Chalco la población de 60 años y más, para el año 2010 corresponde aproximadamente al 5.49% (2.98% son mujeres y 2.51% son hombres), para el año 2015 corresponde al 6.85% (23,562) de los cuales 3.51% (12, 089) son mujeres y 3.33% (11,473) son hombres. (9)(11)(12)

Envejecimiento y vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como el: “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.(13)

Desde el enfoque de la gerontología “el envejecimiento es una insuficiencia para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés y esta insuficiencia está asociada con una disminución en la vitalidad y un incremento en la vulnerabilidad del individuo”.(2)

La Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, define al envejecimiento como “un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por la disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia en un ambiente determinado.” (14)

Para fines de esta tesis se considera esta última definición ya que un organismo al nacer no envejece, un organismo se desarrolla. Son 4 las etapas del ciclo vital humano: crecimiento y desarrollo que inicia desde el nacimiento hasta los 24 años, madurez que empieza a los 25 años y termina a los 44 años, envejecimiento es la etapa de los 45 a los 80 años y longevidad máxima potencial de los 81 a los 130 años.(15) Es a partir de los 45 años que los cambios biológicos inherentes al envejecimiento se presentan en la mayoría de los aparatos y sistemas, disminuyendo la respuesta homeostática, haciendo al individuo más vulnerable para las enfermedades infecciosas y crónicas.(14)

Los adultos mayores son un grupo heterogéneo ya que a pesar de tener la misma edad no todos envejecen de la misma manera, en general existen tres tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento exitoso: Se presentan los cambios biológicos, psicológicos y sociales que son propios al envejecimiento, debido a condiciones y estilos de vida saludables durante las etapas del ciclo de vida. Cursan sin enfermedades crónicas y sin repercusiones significativas en la funcionalidad. Este tipo de envejecimiento lo presenta el 5 y 15%, porcentaje que podría aumentar promoviendo el desarrollo de

programas de envejecimiento saludable.(15)

- Envejecimiento típico: Además de los cambios inherentes al envejecimiento, las condiciones y estilos de vida son deficientes, padecen alguna enfermedad crónica-degenerativa y tienen repercusiones en la funcionalidad física, mental y social. El 80 % presenta este tipo de envejecimiento.(15)
- Envejecimiento con fragilidad: Además de los cambios inherentes al envejecimiento, hay estilos de vida inadecuados, provoca una disminución acentuada de la reserva homeostática. Se caracteriza por mayor vulnerabilidad a la descompensación de las enfermedades agudas y crónicas (anciano enfermizo, débil) repercutiendo en la funcionalidad, calidad de vida y longevidad. Se presenta en alrededor del 5% pero a partir de los 85 años se incrementa en un 20%.(15)

Por otro lado la vejez hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano cuyo inicio desarrollo, limitaciones, y oportunidades lo determinan los grupos sociales.(13)

La ley de los derechos de las personas adultas mayores (LDPAM, 2002), la OMS 2015, y el Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento (Naciones Unidas 1982) establecen que la edad cronológica de 60 años es la edad del envejecimiento.(10). La organización de las Naciones Unidas (ONU) ha establecido catalogar como ancianos a los mayores de 60 años en los países en desarrollo y a los mayores de 65 años en los países desarrollados.(15)

Tipos de edades

Debido a que las características físicas, psicológicas y sociales son diversas en los adultos mayores una clasificación por edad permite que los programas gerontológicos respondan a las necesidades específicas de las personas en un mismo rango, esta es:

- Viejos – jóvenes: 60 a 74 años
- Viejos – viejos: 75 a 84 años
- Viejos – longevos: 85 a 99 años
- Centenarios: 100 años y más.(15)

Concepto de salud durante la vejez

En el adulto mayor, salud es sinónimo de capacidad funcional y la realización de las actividades de la vida diaria en su medio familiar y social. (1). La OMS establece que, desde el punto de vista gerontológico, “se consideran sanas a las personas mayores sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural.” (14)

Síndrome geriátrico

En el envejecimiento se genera una forma de condición de salud que es diferente a otras edades, que no cabe en algún órgano específico y tiene causas multifactoriales conociéndose como síndromes geriátricos.(16)

Según Sharon K. Inouye y Cols. “es el resultado de la interacción de los múltiples factores de riesgo no claros, etiología, síndrome geriátrico específico y fragilidad retroalimentando y generando un círculo vicioso negativo que genera malos resultados (pérdida de la funcionalidad, dependencia, institucionalización y muerte)”.(17)

“Entre ellos se encuentran polifarmacia, déficit visual, déficit auditivo, riesgo de caídas y trastornos de la marcha; patología social (vulnerabilidad social por causas como vivir solo, no tener una fuente de recursos económicos estable y suficiente), síndrome de fragilidad; delirium; caídas; incontinencia; anorexia; úlceras por presión; abatimiento funcional.” (17)

Un síndrome geriátrico resulta de varios factores que no solo confluyen, sino que se potencian entre ellos, compromete diferentes órganos y sistemas, su presentación muchas veces es atípica, se presenta con mayor frecuencia en sujetos frágiles. (18)

Evaluación Geronto – geriátrica Integral

Con el crecimiento acelerado de la población envejecida se brindará atención a individuos que tienen un deterioro fisiológico y una disminución de la capacidad para compensar las consecuencias de las enfermedades, sumando a esto que en el adulto mayor, la expresión usual de las enfermedades es diferente y en ocasiones distorsionada, además que es difícil separarlas del resultado del proceso de envejecimiento, lo que hace que su manejo sea más complejo.(1)(16) La atención del paciente anciano requiere una evaluación integral de todos las esferas del individuo que se basa en una valoración física (cambios que se asocian al envejecimiento normal y patológico), mental (esfera cognitiva, afectiva y conductual) y social que al integrar estas esferas tiene como resultado la situación funcional, que expresa su capacidad de vivir de forma independiente.(19)

Por lo que es importante emplear métodos de evaluación, a través de la aplicación de escalas que han sido validadas internacionalmente para identificar déficits, problemas o necesidades, para elaborar un plan racional, exhaustivo e integrado de tratamiento y seguimiento de los problemas que el adulto mayor presente utilizando de manera óptima los recursos con los que el adulto mayor tenga.(1)(16)

Concepto de Evaluación Geronto – geriátrica

La evaluación Geronto– geriátrica integral (EGI) “Es un proceso diagnóstico, estructurado de valoración multidimensional, multidisciplinario o interdisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, mentales, sociales y funcionales que presenta el paciente anciano”, para poder desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas.(18)(19)(20)(21)

El profesor norteamericano Laurence Rubinstein afirmaba que la EGI supone la exposición de un “iceberg de incapacidad no reconocida”. Es la búsqueda sistémica, la detección y valoración adecuada de problemas que pueden llevar al adulto mayor a la incapacidad. Estos desconocidos síntomas no son solo clínicos, sino que están relacionados con la funcionalidad, con la mente, la vida social y económica del adulto mayor.(3)(19)

Por lo tanto se considera a la EGI “como la máxima expresión de la aplicación del método clínico en los adultos mayores, y en ellos, es el instrumento fundamental para la medición de la salud”.(1)

Beneficios de la EGI

- Se detectan problemas no diagnosticados, disfunciones, dependencias en ocasiones reversibles, que se escapan de la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).
- Remediar las causas y los efectos de la incapacidad y cuando no es posible, enlentecer el deterioro funcional y promover la independencia y el bienestar.(1)(19)
- Se puede evaluar a través del tiempo, incrementan la objetividad y la reproductibilidad de la valoración por los profesionales que atienden al paciente.(16)

Alcance de la evaluación Geronto- geriátrica

El alcance de la evaluación depende del ámbito de la atención, objetivos, ambiente, momento y recursos disponibles.(19) En centros de larga estancia y hospitales es común llevar a cabo una evaluación exhaustiva con un equipo multidisciplinario o interdisciplinario. Sin embargo pequeños equipos e incluso un médico solo, puede realizar una adecuada valoración sabiendo las limitaciones de tiempo, y carencia de un equipo completo. Al realizar una valoración multidimensional abreviada, incluyendo los aspectos elementales; los resultados podrían servir para referir a los pacientes más complejos a los servicios de geriatría con objeto de que reciban una valoración y un abordaje más completos.(19)

Características de los instrumentos de medición

Los instrumentos que se utilizan en la EGI tienen las siguientes características:

- Validez concurrente: capacidad que tiene para reflejar la característica que afirma medir.
- Validez discriminativa: diferenciar los pacientes con deterioro de la función explorada de los que no lo tienen.
- Reproducibilidad (fiabilidad): obtener los mismos resultados en repetidas mediciones en ausencia de cambios reales al ser ya sea por un mismo observador u observadores distintos, siguiendo las indicaciones de cada instrumento.
- Ayuda a la comunicación y el entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente.
- Algunas se pueden autoadministrar ahorrando tiempo.(19)(21)

Componentes de la EGI

- **EVALUACIÓN BIOMÉDICA O CLÍNICA**

Se realiza la anamnesis, el examen físico y exámenes complementarios elementos de la historia clínica clásica.(1)

El interrogatorio en el adulto mayor tiene ciertas particularidades:

- El anciano se muestra con frecuencia asustado e incómodo ante la entrevista.(19)
- Es importante desarrollar una adecuada relación médico paciente.(1)
- Debe ser individualizada y heterogénea, atendiendo a costumbres, educación y estatus social.(16)(1)
- No hay una secuencia ideal para la valoración del adulto mayor depende de las necesidades y posibilidades de cada situación.(2)
- Se deben evitar interrogatorios exhaustivos y prolongados, y de ser necesario realizarlo en dos o más sesiones.(19)
- Hablarles de “usted” y evitar la infantilización.(1)
- Emplear frases simples y cortas usando una terminología clara, preguntas sencillas de una en una.(1)Hablar de manera clara, alto, y lentamente, con un tono de voz profundo debido a que en ocasiones la comunicación se ve afectada por las alteraciones sensoriales, y auditivas, de memoria, lentitud psicomotriz.(1)(19)
- El ambiente debe ser luminoso, confortable y tranquilo.(19)
- El acercamiento físico en ocasiones es beneficioso debido al “hambre de tacto” que presentan muchos ancianos.(19)
- Hay que solicitar su permiso para aplicar escalas o explorarle, respetando su decisión.
(19)

- Exponer la queja del paciente y sus características, para aproximarse al diagnóstico de la condición que presenta.(21)
- Realizar un interrogatorio dirigido (por sistemas frecuentemente afectados en este grupo etario (sentidos, neurológico, cardiovascular, gastrointestinales, genitourinario y músculo esquelético).(21)

El examen físico necesita más tiempo para realizar una valoración de los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren por causas del envejecimiento en los diferentes aparatos y sistemas; el personal no adiestrado en el manejo de los adultos mayores con frecuencia comete errores al considerarlos patológicos.(1)

Características de la persona que realiza la EGI

- Ética.
- Responsabilidad.
- Ser respetuoso, cortés y amistoso.
- Habilidad.
- Estar capacitado para la aplicación de los instrumentos.
- Paciencia, pues recopilar la información es más difícil y laboriosa.
- Creatividad.
- Sensibilidad.
- Empatía
- Una perspectiva clínica diferente.
- Conocimientos teóricos y habilidades prácticas sobre evaluación gerontológica.
- La experiencia del entrevistador marca las diferencias en los resultados y su potencial para para estructurar y dirigir la entrevista por problemas.(1)(3)(19)(22)

En este componente de la EGI se deben detectar las siguientes alteraciones:

- **Polifarmacia**

Es necesario efectuar una historia farmacológica completa indagando sobre los fármacos en uso, con sus dosis y tiempo de empleo.(1)

En la guía de práctica clínica “Valoración Gerontológica – Geriátrica Integral en el Adulto mayor ambulatorio” la definen como al uso de 5 o más fármacos, incluyendo todos los tipos de medicamentos prescritos, de venta libre, medicina alternativa, suplementos dietéticos.(23)(24)

En el envejecimiento la capacidad para eliminar los fármacos disminuye por lo que se incrementan el riesgo de eventos adversos. Los riesgos son 13% con dos medicamentos, 58% con cinco medicamentos, 82% si se usan siete o más medicamentos.(16)

Es importante iniciar cualquier tratamiento farmacológico en los adultos mayores de manera gradual a dosis bajas dentro del límite terapéutico y ajustar gradualmente.(16)

Solo se deberá retirar algún medicamento prescrito cuando: no existe indicación basada en evidencia clínica, con una duración superior a la indicada, cuando sean fármacos de la misma clase, como dos AINE (Antiinflamatorios No Esteroideos), ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina), diuréticos de asa, IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina), anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco).(16)

Es importante que todo adulto mayor conozca los tres principios de la prescripción:

Disminuir la cantidad de fármacos, iniciar con dosis bajas e incrementar lentamente, al presentar un nuevo síntoma, pensar en efectos secundarios.(16)

- **Marcha y equilibrio.**

Las caídas incrementan la morbilidad y la mortalidad, disminuyen la funcionalidad. Entre los factores de riesgo intrínsecos no modificables se encuentran: la edad, el género femenino, las enfermedades crónicas físicas y psicológicas. Entre los factores de riesgo intrínsecos modificables son los déficits sensoriales, alteraciones somato – sensoriales, dificultades en la movilidad, antecedente de caídas, presencia de enfermedades agudas, alteraciones en la marcha y equilibrio. Los factores extrínsecos se relacionan con la interacción con el medio donde el adulto mayor realiza las actividades cotidianas: la iluminación, suelo, escaleras, mobiliario, baño, factores climáticos, el uso de medios de transporte, el calzado, la ropa, en la medicación el consumo de antidepresivos y benzodiacepinas.(25)

La principal consecuencia de una caída es una fractura, otros desenlaces son: contusión en el cráneo, luxación articular, laceraciones que requiere sutura, limitación en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) , disminución en la autonomía y en la funcionalidad.(25)

La evaluación de las caídas se realiza por medio de la escala de Tinetti que a través de la observación directa nos permite conocer cómo se desempeña de forma independiente el adulto mayor en las actividades de la vida diaria, además permite valorar la presencia de trastornos neurológicos o músculo esqueléticos evaluando la movilidad en los dominios marcha y equilibrio su objetivo es detectar aquellos adultos mayores con riesgo de caídas. (22)(25)

- **Evaluación nutricional**

Para un adecuado estado de salud y una preservación de la autonomía es importante la integridad nutricional. (21) El índice de masa corporal (IMC) es el indicador para evaluar estado nutricional en los adultos mayores que resulta de dividir el peso corporal dividido entre la estatura (kg/m²). Debido a los cambios inherentes al envejecimiento y las comorbilidades la talla disminuye.

Para esta tesis se consideran las medidas de corte para clasificar el IMC en los adultos mayores propuesta por Conroy G.(26)

IMC (kg/m ²)	Clasificación
Menor de 22	Bajo Peso
22 - 27	Normal
27.1- 32	Sobrepeso
Mayor de 32	Obesidad

El cuestionario Mini Valoración Nutricional (MNA) es un cuestionario que permite detectar el riesgo nutricional antes de que aparezcan las alteraciones clínicas. Su sensibilidad es del 96% y especificidad de 98%. (16)

- **Salud bucodental**

La salud bucodental se define como el bienestar físico, psicológico y social en relación con la dentición, tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.(27)

Las alteraciones en el estado de salud bucodental tienen un gran impacto en la calidad de vida del adulto mayor.(28)

El índice de valoración de salud oral geriátrica (GOHAI) evalúa el impacto de la salud bucodental en la masticación, deglución, secreción de alimentos, molestias locales y problemas psicosociales.(22)

- **Trastornos del sueño**

En el envejecimiento se modifica la arquitectura del sueño; el inicio es más difícil, el tiempo y la eficiencia se reduce, es fragmentado y se incrementan los despertares, pasa más tiempo en cama y provoca una percepción falsa de no dormir, hay cambios fisiológicos en el ritmo circadiano que promueven ir temprano a dormir y despertar temprano, incremento de siestas y somnolencia diurna lo que modifica el sueño en la noche, la fase del sueño MOR se conserva, la fase de sueño ligero (Fase I y II) se encuentra incrementada, y la fase de sueño profundo o de ondas lentas (NMOR etapa III) se encuentra disminuida.(29)(30)

- **Insomnio**

El Insomnio se refiere a la percepción subjetiva de sueño insuficiente o no restaurador. El insomnio en el adulto mayor se debe ver como un síntoma asociado a una entidad que deberá investigarse antes de otorgar un tratamiento sintomático.(29)

Se puede evaluar a través de la escala de Atenas el cual es un cuestionario de autoreporte desarrollado a partir de los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10). Registra la autopercepción de cualquier dificultad en el dormir durante la última semana a la aplicación del instrumento.(22)

- **Somnolencia**

La somnolencia se puede evaluar con la escala de Epworth es un cuestionario de autoreporte que permite determinar los problemas de somnolencia excesiva diurna. Valorando la frecuencia en la que el adulto mayor duerme en situaciones específicas de su vida cotidiana.(22)

VALORACIÓN MENTAL Y AFECTIVA

La valoración mental consiste en establecer los trastornos de las funciones cognoscitivas y alteraciones en la esfera afectiva que pueda afectar la autosuficiencia y la capacidad funcional con la finalidad de intervenir de manera anticipada.(1)(21)

- **Deterioro cognitivo**

En el adulto mayor sano se presenta una disminución mínima en el área cognitiva, deteriorándose primero las habilidades visuoespaciales, de cálculo y de aprendizaje, manteniéndose las habilidades verbales y de conocimientos generales.(31)

En el adulto mayor el deterioro cognitivo debe abordarse como un síndrome geriátrico, hasta demostrar sus componentes, causas y afección en lo biológico, psíquica, social y funcional. Además como se mencionó previamente al ser un síndrome geriátrico puede exacerbar o provocar otros (síndrome de caídas, fragilidad, depresión, abatimiento funcional, delirium, polifarmacia, privación sensorial).(32)

En el deterioro cognitivo hay una pérdida o disminución en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos como: en la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad de acuerdo a la edad y el nivel educativo.(33)

En el deterioro cognoscitivo leve (DCL) existe una disminución medible de la memoria y más funciones mentales, no hay alteración en las actividades de la vida diaria, ni existen criterios de síndrome demencial.(32)

Los criterios diagnósticos de Petersen para deterioro cognitivo leve son: 1. Quejas o fallos de memoria, preferiblemente corroborados por un informador fiable, 2. Rendimiento cognitivo general normal, 3. Evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1.5 desviaciones estándar en relación a la media de su edad, 4. Ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades de la vida diaria, 5. Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.(31)

Es de importancia detectar el DCL ya que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. La tasa de conversión anual es del 7% al 10%.(32)

Establecer la frontera de la normalidad del proceso de envejecimiento y lo patológico, no es sencillo es por ello que con las pruebas de tamizaje se puede realizar un diagnóstico presuntivo, sin embargo un resultado positivo siempre debe corroborarse con una evaluación neuropsicológica completa.(21)(31)Entre un 72 y 80 % de los casos de DCL puede pasar inadvertidos si no se utiliza algún sistema de detección.(21)

El Mini Examen del Estado Mental de Folstein es una prueba neuropsicológica de tamizaje (diagnostico probable) validada en población mexicana tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 75%.(16)(22) Valora orientación, registro, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje y construcción visual.(22)

Para esta valoración el paciente no debe estar cursando con delirium, alteraciones metabólicas o comorbilidad que altere su estado de alerta o percepción sensorial.(32)

- **Trastorno depresivo**

El objetivo de la valoración emocional es identificar los trastornos que puedan comprometer la autosuficiencia del adulto mayor.(21)

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en los adultos mayores; encontrándose en 20% de los hombres y hasta 40% en mujeres.(34)(35)

En la depresión hay pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Existen alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. La presentación de la depresión en el adulto mayor es atípica considerado un síndrome geriátrico, pues la tristeza es menos común, es más frecuente la somatización, irritabilidad, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas entre otras. (36)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage tiene una sensibilidad de 85% y especificidad de 78%.(16)

Los pacientes en situación de riesgo deben ser valorados además en profundidad para hacer el diagnóstico de acuerdo al DSM IV.(37)

- **Autoestima**

La autoestima es el sentimiento de ser respetables y dignos; permite reafirmar nuestras necesidades y carencias para gozar del fruto de nuestros esfuerzos; es la confianza que tiene la persona para triunfar, ser feliz y de enfrentar los desafíos básicos de la vida (38)

Rosenberg en 1965 la define como el sentimiento humano hacia uno mismo, que se construye por medio de la autoevaluación de nuestras características.(39)

Fernandez – Ballesteros la describe como el conjunto de valoraciones o juicios afectivos sobre sí mismo, involucrando la identidad.(39)

En el adulto mayor la autoestima se ve afectado por los parámetros culturales de la sociedad así como la autopercepción de su propia imagen por los cambios del envejecimiento haciéndola frágil y vulnerable.(38)

El inventario de autoestima de Rosenberg permite evaluar la abstracción que el individuo hace de sí mismo en relación con sus atributos, capacidades, actividades y objetos.(22)

EVALUACIÓN SOCIAL

Su objetivo es evaluar el entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos del paciente como los factores socioeconómicos y ambientales que intervienen en el estado de salud de los adultos mayores que alteran su calidad de vida para planificar la adecuada utilización de los recursos sociales para el mantenimiento o la mejora de la calidad de vida.

(2)(21)(40)

“Se envejece según se ha vivido, “cuando el individuo llega a una edad avanzada los factores biológicos, el papel social desempeñado, los patrones de conducta y la personalidad; así como el sistema social y el momento histórico son los que determinan la posición del individuo en la sociedad modificándose en el curso de su vida.(2)

Contar con un soporte social (familia, amigos, instituciones) influye de manera positiva en el bienestar y la satisfacción vital, permitiendo una autopercepción favorable del estado de salud y autoestima.(40)

- **Redes de apoyo social**

Las redes de apoyo social son los contactos personales, comunitarios e institucionales por que permiten al individuo mantener su identidad social, permitiéndole recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo.(14)

Pueden ser informales: familia, amigos, grupos comunitarios autónomos; o formales: instituciones u organizaciones gubernamentales y privadas que tienen objetivos específicos y existiendo la participación de profesionales.(14)

La escala de redes de apoyo social para adultos mayores nos permite detectar el tipo de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo) y grado de satisfacción (familiar, extrafamiliar, e institucional).(22)

- **Calidad de vida**

La calidad de vida es el producto de la dinámica interacción entre condiciones externas de un individuo y la percepción interna de esas condiciones. El factor subjetivo depende de experiencias, preocupaciones, puntos de vista que le da el individuo, los esfuerzos por mejorarla podrían cambiar las percepciones sobre la realidad.(41)

La calidad de vida relacionada con la salud es “el impacto sobre el bienestar físico, emocional y social de una enfermedad médica y su tratamiento”. Diferentes individuos, en apariencia con el mismo estado de salud objetiva, pueden apreciar una calidad de vida diferente por las diferencias personales y únicas en sus expectativas y talento o capacidad para enfrentar la situación.(41)

El instrumento WHOQoL breve en español evalúa la autopercepción de calidad de vida en el aspecto de salud física, psicológica, social y medioambiente, lo cual permite atender las necesidades de cada adulto mayor de manera individual y establecer programas de atención que permitan mejorarla.(22)

Evaluación Funcional

La evaluación de la funcionalidad es la resultante de la interacción de todos los sistemas y órganos del cuerpo humano, permite:

- Determinar el nivel de deterioro y las causas.
- Tomar decisiones acerca de los cuidados.
- Evaluar la severidad de la enfermedad.
- Identificar aquellas que se presentan de forma atípica.
- Determinar la calidad de vida.(18)

La capacidad funcional es el indicador de salud en los ancianos. Es la base de la independencia. Cuando es limitada se pone en riesgo la privacidad, la autonomía en la toma de decisiones; tiene una gran relación con su estado de salud global , bienestar, la necesidad de servicios y calidad de vida.(1)(19)

La función depende de características relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de ésta, su impacto sobre el estado físico, la cognición, la motivación por mejorar y las expectativas personales, y de aspectos externos como el haber sido cuidadosamente diagnosticado, tratado, cuidado, encontrarse dentro de un ambiente que promueva su autonomía y seguridad, y tener un adecuado soporte social.(19)

“ecuación de la función” (Kane et al., 1999)

$$\text{Función} = \frac{\text{Impacto de la enfermedad (capacidad física y cognitiva) por motivación por expectativas personales y de otros}}{\text{Abordaje por el equipo (tratamiento médico y cuidados) por ambiente por recursos/soporte social}}$$

Cuando se evalúa la función de un adulto mayor se analiza la acción (se evalúa a través de la ejecución) y la posibilidad de ayuda para realizarla. Dependiendo del tipo de ayuda necesaria, se clasificara al individuo como dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.(42)

Entre los factores determinantes del estado de limitación funcional son: haber estado hospitalizado o que haya tenido algún procedimiento quirúrgico, antecedente de fractura en el año anterior, dolor constante, enfermedad crónica que interfiera en las actividades diarias, depresión, y tener más de 75 años.(6)

- **Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)**

Se consideran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) aquellas indispensables para sobrevivir y autocuidarse, proporcionan un indicio de autonomía en su hogar. (1)(19)

Se pueden evaluar a través del Índice de Katz y el Índice de Barthel.

El Índice de Katz fue diseñada para evaluar la ejecución de las ABVD sin embargo se usa como método indirecto de evaluación mediante la entrevista midiendo la dependencia, predice la declinación de la funcionalidad a largo plazo (1 año) y es útil para detectar el abandono de autocuidado.(1)(16)(42)

Evalúa 6 capacidades físicas: bañarse, vestirse, moverse de la cama, alimentarse, arreglo personal y caminar en la habitación.(22)

El índice de Barthel valora ABVD de autocuidado; detecta las tareas específicas que el adulto mayor no puede realizar y que tanta ayuda requiere.(16) Evalúa el grado de dependencia del individuo o la limitación funcional en ABVD.

La escala incluye 10 actividades: utilizar el escusado, comer, vestirse, aseo personal, caminar- moverse libremente, bañarse, transferencias de la cama al sillón/silla, subir/ bajar escaleras, incontinencia urinaria, incontinencia fecal .(22)

- **Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

Se consideran actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) “aquellas actividades que son necesarias para la adaptación al entorno y vivir de forma independiente” es decir la capacidad del individuo para llevar una vida independiente en la comunidad, esta influenciadas por el contexto social y cultural de la persona.(1)(42)(21)

La escala de Lawton y Brody valora las AIVD detecta tempranamente la pérdida de funcionalidad, ya que se pierde primero la capacidad de hacer actividades complejas que las más simples.(16)

Evalúa la capacidad para realizar 7 actividades: utilizar el teléfono, utilizar medios de transporte, realizar compras, preparar las comidas, hacer las tareas del hogar, manejar la medicación, manejar los asuntos económicos.(42)

- **Actividades Físicas**

Escala de funcionalidad de Rosow –Breslaw evalúa la habilidad para desempeñar actividades físicas que requieren movilidad y fuerza.(6)

Evalúa 3 actividades: capacidad de realizar trabajo pesado, capacidad de caminar un kilómetro, subir y bajar escaleras.(6)

Otra de las escalas que evalúan la capacidad o incapacidad para realizar distintas actividades físicas es el cuestionario propuesto por Nagi, menciona que la limitación funcional implica restricciones en la habilidad de realizar actividades físicas usuales, y la discapacidad implica a la dificultad o limitación en el desempeño de actividades en cualquier dominio y es una función de la interacción de los individuos con su entorno social.(6)

Evalúa 9 actividades físicas; extender los brazos por debajo y por arriba de los hombros, levantar objetos menores y mayores de 5 kg, permanecer sentado y parado por tiempo prolongado, mover objetos grandes, encorvarse, agacharse y arrodillarse.(22)

En la literatura se mencionan reportes de estudios de EGI en poblaciones diferentes de adultos mayores, utilizando diversas escalas , estas investigaciones han demostrado mejorar la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor, la funcionalidad, menor morbimortalidad, disminución de las hospitalizaciones y menor uso de medicamentos.(20)
(43)(44)

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
<p>Características clinimétricas en adultos mayores consultados en la Especialidad de Geriatría de la Unidad de Especialidades Médicas.</p> <p>Yañez – Luis JA, Fernández Guzmán MP, 2009, México (17)</p>	<p>Estudio observacional , transversal , 200 adulto mayores militares, derechohabientes y civiles que asistieron a la consulta Externa de Geriatría de la Unidad de Especialidades Médicas (UEM) de la SEDENA – ISSFAM 1 Noviembre a 30 de Diciembre del 2008.</p> <p>Establecer las características sociales, cognitivas y afectivas, de funcionalidad, de estado nutricional, así como los síndromes geriátricos, diagnóstico médico de los pacientes adultos mayores y relacionarlos con el sexo y grupos de edad.</p>	<p>Evaluación Nutricional MNA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 a 23.5 riesgo de desnutrición - menos de 17 desnutrición <p>Riesgo de Caídas (Tinetti)</p> <p>punto de corte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcha 6 - Equilibrio 8 <p>Folstein</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 – 24 deterioro cognitivo - 15- 19 deterioro moderado - menos de 15 deterioro grave <p>Cuestionario de Depresión del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)</p> <p>Índice de Katz ABVD</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamente capaces - levemente incapaces - moderadamente incapaces - severamente incapaces - completamente incapaces <p>Lawton y Brody AIVD</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamente capaces - levemente incapaces - moderadamente incapaces - severamente incapaces - completamente incapaces 	<p>Edad media de 78.63 años con mínimo 60 y máximo 100</p> <p>Sexo:</p> <p>68% mujeres / 32% hombres</p> <p>Estado nutricional (MNA):</p> <p>Normal:</p> <p>mujeres 71.2% / hombres 78.1% con estado en general el 73.5% con estado nutricional normal</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20.5% riesgo de desnutrición - 6% con desnutrición <p>Riesgo de Caídas (Tinetti):</p> <ul style="list-style-type: none"> - equilibrio: 15% con riesgo de caída - marcha: 25% riesgo de caída <p>Folstein / Deterioro cognitivo en grado diverso:</p> <p>mujeres 50% / hombres 28.2% en general 43% con deterioro cognitivo en grado diverso</p> <p>Depresión</p> <p>mujeres 45.6% / hombres 26.6% en general 41%</p> <p>Katz ABVD</p> <p>con algún grado de dependencia:</p> <p>mujeres 27.2% / hombres 17.2% en general 24% con algún grado de dependencia</p> <p>Lawton y Brody AIVD</p> <p>con algún grado de dependencia</p> <p>mujeres 61.1% /hombres 45.4% en general 50% con algún grado de dependencia</p>

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
<p>Evaluación Geriátrica Integral en Pacientes de una unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México.</p> <p>González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. 2009 México (45)</p>	<p>Estudio transversal y descriptivo se realizó muestreo por conveniencia de 1454 adultos mayores de Marzo 2007 a Noviembre de 2008.</p> <p>Determinar la prevalencia de problemas de salud en los adultos mayores en una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México “Dr. Ignacio Chávez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)</p>	<p>- Riesgo de caídas Tinetti</p> <p>- Folstein</p> <p>- Escala de depresión geriátrica de Yesavage</p> <p>- Índice de Katz</p> <p>- Lawton y Brody</p> <p>- Modelo Hendrich II</p> <p>- Perfil de Salud de Nottingham de calidad de vida.</p>	<p>Promedio de edad 72.46 +/- 8.06 y un rango de 38 años (60 – 98)</p> <p>Sexo: 22.1% hombres / 77.9% mujeres</p> <p>Ocupación: - 53.9 % ama de casa - 11.5 % empleado - 7.7 % técnico - 0.9 % profesional - 26% pensionado o jubilado</p> <p>Escolaridad: - 43% 6 años - 19.2% 9 años - 22.2% 12 años - 15.7 % 13 años o más</p> <p>Patologías crónico degenerativas que con mayor frecuencia se presentaron: - 55% hipertensión arterial sistémica - 32% obesidad - 31.7% diabetes mellitus tipo 2 - 27% osteoartrosis - 55.2% presentaron incontinencia urinaria</p> <p>Riesgo de caídas: - 30% riesgo alto</p> <p>Marcha y equilibrio: - 12.5% riesgo alto - 24.5% riesgo medio</p> <p>Deterioro cognitivo: - 12.1% deterioro cognitivo leve</p>

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

			<p style="text-align: center;">Depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 42.7% sin depresión - 36.2% depresión moderada - 21.1% depresión severa <p style="text-align: center;">Katz ABVD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 79.6 % normal o muy levemente incapacitado - 19.5% leve o moderadamente incapacitado - 0.9% severamente incapacitado o invalido <p style="text-align: center;">Lawton y Brody AIVD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68.4% independiente - 16% dependiente - 15.6 % deterioro
Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
<p>Calidad de sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú</p> <p>Tello Rodriguez T, Varela Pinedo L., Ortiz Saavedra P. J. y cols. 2009, Perú (46)</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo y transversal 73 adultos Mayores que acudían a un Centro del Adulto Mayor en el durante Septiembre del 2008.</p> <p>Determinar la frecuencia de somnolencia diurna de los adultos mayores en un Centro del Adulto Mayor en Lima.</p>	<p>- Escala de Somnolencia de Epworth</p>	<p>- 38.4 % presentan somnolencia de estos 64.3 % eran mujeres</p>

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
<p>Evaluación geriátrica integral del adulto mayor</p> <p>Cortés Alma Rosa, Villarreal Enrique y cols. 2011, Chile (20)</p>	<p>Estudio transversal, descriptivo 324 adultos mayores, derechohabientes del IMSS que acudieron al primer nivel de atención de las siete Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la zona metropolitana de la ciudad de Querétaro de febrero a Diciembre del 2007.</p> <p>Identificar el panorama de salud del adulto mayor a través de la evaluación geriátrica integral en la zona metropolitana de la ciudad de Querétaro</p>	<p>Puntos de corte para estado nutricional: Menor a 18.5 desnutrición - 18.5 a 21.9 riesgo de desnutrición. - 22 – 29.9 normal. - mayor a 30 obesidad -</p> <p>Puntos de corte para escala de Folstein: - 30 – 25 Normal - 24 – 20 deterioro leve - 19 – 16 deterioro moderado - 15 y menos deterioro grave</p> <p>Puntos de corte para escala de Yesavage (30 reactivos): - 0 a 5 normal - 6 a 9 probable depresión - 10 y más depresión establecida</p> <p>Puntos de corte para escala de Barthel: - 20 dependencia total - 21 a 60 dependencia severa - 61 a 90 dependencia moderada - 91 a 99 dependencia escasa - 100 independencia</p>	<p>Promedio de edad: 70.40 años</p> <p>Predominio del género femenino 57.1%</p> <p>Escolaridad: - 37% analfabetas</p> <p>Ocupación: - 47.5% se dedicaba al hogar</p> <p>Problemas clínico- médicos: - 38.6% manifestó tener pérdida involuntaria de orina en el último año - 51.1 % caídas en el último año y dificultad para caminar - 50.3 % dificultad para caminar</p> <p>Estado nutricional: - 0.6 % Desnutrición - 6.2% Riesgo de desnutrición - 66% Normal - 27.2 Obesidad</p> <p>Deterioro cognitivo - sin deterioro: 75.3% - deterioro leve: 21% - deterioro moderado: 3.1% - deterioro severo: 0.6% (24.7 % presentaba algún grado de deterioro cognitivo)</p> <p>Depresión: - 75% sin depresión - 21.9 probable depresión - 3.1% depresión establecida</p>

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
<p>Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral</p> <p>Cervantes Becerra Roxana Gisela, Villarreal Ríos Enrique, Galicia Rodríguez Liliana, 2013, España(44)</p>	<p>Estudio transversal descriptivo muestra por conglomerados y cuota 300 adultos mayores de 5 unidades de atención primaria. IMSS; México, Querétaro de Abril a Julio 2012.</p> <p>Determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 años o más de edad en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral.</p>	<p>Polifarmacia: consumir 3 medicamentos de forma simultánea por lo menos en un mes.</p> <p>Mini Nutricional (MNA)</p> <p>Marcha (Up and go)</p> <p>Puntos de corte para escala de Folstein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mayor o igual a 24 deterioro cognitivo - 18 a 23 deterioro cognitivo medio - 17 o menos deterioro cognitivo grave <p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 reactivos)</p> <p>Social (escala de recursos social)</p> <p>Actividades Básicas Índice de Katz</p> <ul style="list-style-type: none"> - deterioro igual o mayor a 6 <p>Actividades Instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody)</p>	<p>Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - 49.4% problemas para conciliar el sueño en el último mes - 45.4 % somnolencia <p>Funcionalidad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.6% dependencia total - 1.5 % dependencia severa - 15.4 % dependencia moderada - 20.7 % dependencia escasa - 61.7 % independencia <p>(38.2% tenía algún grado de dependencia para realizar) sus actividades de la vida diaria.</p> <p>Promedio de edad fue 72.32 años</p> <p>63.3% son de género femenino</p> <p>Numero de enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12.6% tiene más de 3 enfermedades - 32.3 % tiene 3 enfermedades crónicas - 30.3 % tiene 2 enfermedades crónicas - 24% tiene una enfermedad - 0.7% Ninguna <p>Las principales enfermedades son diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoartritis, cardiopatías y dislipidemias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 54.7 % presenta polifarmacia - 68.3% refiere incontinencia urinaria - 37% con desnutrición <p>Marcha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 71% normal - 29% alteración en la marcha

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

			<p>Deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 69.7 % normal - 26.3% deterioro medio - 4.0% deterioro cognitivo grave <p>Depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70% sin depresión - 19% probable depresión - 11% depresión <p>Dimensión social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24.3% Adecuados - 48 % medianamente deteriorados - 19% Muy deteriorados - 8.7 % sin red de recursos sociales <p>Dimensión funcional:</p> <p>ABVD</p> <ul style="list-style-type: none"> - 98% Independientes - 2,0% Dependencia total <p>AIVD</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68.7 % Independientes - 12.3% Dependencia leve - 14,3% Dependencia moderada - 3% Dependencia severa - 1.7 % Dependencia total
Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Instrumentos	Resultados
Factores asociados a la somnolencia diurna en adultos mayores chilenos. Duran Agüero S., Sánchez Reyes H., Díaz Narvaez V. y cols. 2015. Chile (47)	<p>Participaron 1780 adultos mayores de las 14 comunas de Santiago de Chile.</p> <p>Determinar la prevalencia de somnolencia leve y excesiva y qué factores están asociados a la presencia de somnolencia diurna en adultos mayores.</p>	<p>Escala de Somnolencia de Epworth</p>	<p>- 27.3% presenta somnolencia</p>

Cuadro de revisión sistemática sobre estudios de investigación de EGI

Título / Autor, Año, País	Universo de estudio/ Objetivo	Ventajas / Instrumentos	Resultados
<p>Evaluación geriátrica integral: propuesta de un modelo de autotificación del estado de salud</p> <p>Buccella Salvador , Brand Riccardo , 2016, Venezuela.(48)</p>	<p>Estudio no experimental de corte, transversal, descriptivo, muestra no probabilística</p> <p>50 adultos mayores no institucionalizados, provenientes de las consultas de la Unidad de Psicogeriatría Integral en Venezuela.</p> <p>Proponer un método de autotificación del estado de salud utilizado en el estudio de salud, Bienestar y Envejecimiento SABE de las Américas (OPS/OMS).</p>	<p>El modelo de autotificación del estado de salud es viable: no requiere entrenamiento especial, sencillo para su aplicación y corrección, no recarga la actividad del médico , se recomienda para la EGI en las consultas de atención primaria</p> <p>Instrumentos utilizados:</p> <p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 reactivos)</p> <p>Indice de Katz</p> <p>Escala de Lawton y Brody</p> <p>Mini Mental State Examintation</p>	<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72.62 años +/- 9.18 - mínimo de 60 años y un máximo de 96 años - 62% mujeres <p>Escolaridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4% analfabetas - 36% con educación básica completa - 30% estudios de secundaria - 12% educación superior - 18% educación técnica <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% casados - 32% viudos - 10% divorciados - 8% concubinos <p>Estado de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 98% padecía más de dos enfermedades, las más frecuentes fueron: HAS (76%), Osteoartritis (36%), Osteoporosis (34%), Gastritis (34%), DM2(20%), Arritmias cardíacas (20%), presbiacusia (18%), Varices(18%),Enfermedad por reflujo gastroesofágico (16%) <p>Polifarmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 38% con polifarmacia (consume más de 5 fármacos al día) - 30% en depresión - 12% dependencia para ABVD con la escala de Katz - 30% algún grado de dependencia para AIVD con la escala de Lawton y Brody - 8% con déficit cognitivo

Es necesario implementar esta forma de abordaje integral en el adulto mayor en la atención de primer nivel ya que se detectan problemas físicos, mentales, sociales y funcionales difíciles de obtener por la evaluación clínica tradicional para enfocar, dirigir y realizar acciones en beneficio de esta población.

Autores como Varela y cols. mencionan que la historia clínica convencional es insuficiente para captar los síndromes geriátricos.(43)(49)

Este cuadro de revisión sistémica es de importancia ya que permite realizar comparaciones respecto a los resultados de esta tesis.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los problemas del estado de salud en los dominios físico, mental, social y funcional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel”, en el municipio de Chalco, Estado de México?

III. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de problemas de salud en los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel”, en el municipio de Chalco, Estado de México a partir de la evaluación Geronto – geriátrica.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación.
- Identificar los servicios médicos con que cuenta los adultos mayores.
- Conocer la autopercepción del estado de salud en los adultos mayores y en comparación de las personas de su misma edad.
- Conocer el número de comorbilidades con las que cursan los adultos mayores.
- Identificar a los adultos mayores con envejecimiento exitoso, usual, y con fragilidad.
- Determinar la frecuencia de las enfermedades auto notificadas.
- Determinar la frecuencia de polifarmacia.
- Determinar el riesgo de caídas.
- Clasificar el estado nutricional de los adultos mayores.
- Identificar la percepción de salud bucal que tienen los adultos mayores
- Determinar la frecuencia de insomnio en personas adultas mayores.
- Determinar la frecuencia de somnolencia excesiva diurna en personas adultas mayores.
- Identificar deterioro cognitivo en adultos mayores.

- Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión.
- Evaluar la autoestima de las personas adultas mayores
- Identificar las redes de apoyo social formal e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción.
- Determinar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores
- Identificar la frecuencia y grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, en su hogar y en la comunidad. (Katz, Barthel)
- Identificar la frecuencia y grado de deterioro funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody)
- Identificar la frecuencia y grado de deterioro funcional para realizar actividades físicas (Rosow Breslaw, Nagi)

V. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: De acuerdo a la clasificación de Méndez se llevó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

Población: Se conformó por 50 adultos mayores que acudieron a la consulta médica por diversas causas en el Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel”, Chalco, Estado de México entre los meses de Junio 2018 – Enero 2019.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que acepten su participación voluntaria en el proyecto a través de la firma del consentimiento informado por parte de ellos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no concluyeron la evaluación Geronto- geriátrica completa de acuerdo a los objetivos establecidos.
- Adultos mayores que cursaban con un problema acentuado de salud por enfermedades infecciosas y /o crónicas que limitaban la posibilidad de responder los cuestionarios.
- La negativa a participar en el proyecto.

VARIABLES

Variable Dependiente

Evaluación Geronto – geriátrica

Independiente

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel de escolaridad
- ✓ Ocupación
- ✓ Servicios de salud
- ✓ Morbilidad
- ✓ Polifarmacia
- ✓ Riesgo de caídas
- ✓ Estado Nutricional
- ✓ Estado de salud oral
- ✓ Insomnio
- ✓ Somnolencia
- ✓ Deterioro cognitivo
- ✓ Depresión
- ✓ Autoestima
- ✓ Redes de Apoyo Social
- ✓ Calidad de vida
- ✓ Funcionalidad

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Edad	Número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento y la de la entrevista de la persona. (50)	Cuantitativa discreta	-Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del individuo	Cualitativa nominal	-Hombre -Mujer
Estado civil	Situación de la población en relación a las leyes de unión matrimonial del país. (50)	Cualitativa nominal	-Casado(a) -Viudo (a) -Unión libre -Soltero (a) -Separado (a) -Divorciado (a)
Nivel de escolaridad	Ultimo grado de estudios aprobado en alguno de los ciclos de instrucción del sistema educativo nacional. (50)	Cualitativa ordinal	-Ninguna -Sabe leer y escribir -Primaria completa o incompleta -Secundaria completa o incompleta -Bachillerato completo o incompleto -Estudios de licenciatura completos
Ocupación	Actividad a la que se dedica el adulto mayor durante la semana anterior a la entrevista.	Cualitativa Nominal	-Hogar -Pensionado o jubilado -Aun trabaja -Desempleado

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Servicios de salud	Servicio médico con el que cuenta el adulto mayor en caso de requerirlo.	Cualitativa Nominal	- IMSS -Seguro Popular -ISSSTE -Hospital Naval -Ninguno
Morbilidad	Mide la frecuencia del evento o enfermedad, relacionando el número de enfermos con el total de la población expuesta al riesgo de enfermar.	Cualitativa Nominal	-Hipertensión arterial sistémica -Diabetes Mellitus tipo 2 -Enfermedades musculoesqueléticas -Enfermedades digestivas -Hipercolesterolemia -Enfermedades cardiovasculares -Hipertrigliceridemia -Enfermedades Genito urinarias -Depresión -Enfermedades Respiratorias
Polifarmacia	Uso de 5 o más fármacos al día por más de un mes. (23)(22)	Cualitativa Nominal	-Con polifarmacia -Sin polifarmacia
Riesgo de caída	Las alteraciones en la marcha y el equilibrio son factores de riesgo que pueden dar como resultado el suceso de lanzar al individuo al suelo en contra de su voluntad.(51)	Cualitativa Ordinal	-Bajo riesgo -Moderado riesgo -Alto riesgo

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Evaluación nutricional	Es una medición de variables nutricionales de diversos tipos (clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos) de una manera integral.(52)	Cualitativa Ordinal	-Normal -Riesgo nutricional -Desnutrición calórico proteica
Índice de masa corporal	Es el resultado de dividir el peso corporal dividido entre la talla elevada al cuadrado (kg/ m2)	Cualitativa Ordinal	-Bajo peso -Normal -Sobrepeso -Obesidad
Estado de salud oral	Bienestar físico, psicológico y social en relación con la dentición, tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. (27)	Cualitativa Ordinal	-Buena salud oral -Moderada salud oral -Mala salud oral
Insomnio	Percepción subjetiva de sueño insuficiente o no. (29)	Cualitativa Nominal	-Normal -Insomnio
Somnolencia	La tendencia a quedarse dormido.(53)	Cualitativa Nominal	-Normal -Somnolencia
Deterioro cognitivo	Pérdida en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos. (33)	Cualitativa Nominal	-Normal -Deterioro cognitivo

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Depresión	Pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. (36)	Cualitativa Nominal	- Normal - Probable depresión
Autoestima	Sentimiento humano hacia uno mismo, que se construye por medio de la autoevaluación de nuestras características. (39)	Cualitativa ordinal	-Alta -Media -Baja
Redes de apoyo Social	Son los contactos personales, comunitarios e institucionales por que permiten al individuo mantener su la identidad social, permitiéndole recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo.(14)	Cualitativa ordinal	Puntaje crudo y ponderado para: (ver anexo 13) -Apoyo social familiar -Apoyo social extrafamiliar -Apoyo social institucional -Magnitud de contactos sociales comunitarios. -Magnitud de apoyos sociales recibidos. -Grado de satisfacción. -Apoyo social global.
Calidad de vida	Es el producto de la dinámica interacción entre condiciones externas de un individuo y la percepción interna de esas condiciones. (41)	Cualitativa Ordinal	-Mala -Promedio -Alta

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Funcionalidad	Es el indicador de salud en los ancianos. Es la base de la independencia. (1) (19)	Cualitativa Nominal	-Independiente -Grado de dependencia

Tabla. 2 Variables y escalas de evaluación gerontológicas

Variable	Escala de evaluación gerontológica	Nivel de Medición	Argumento
Riesgo de caídas	<p>Escala de Tinetti (puntaje promedio)</p> <p>Bajo riesgo (puntaje > 25)</p> <p>Moderado riesgo (puntaje 19-24)</p> <p>Alto riesgo (puntaje < 18)</p>	Cualitativa ordinal	Se evaluó el equilibrio y la marcha, aspectos que permiten detectar el riesgo de caídas.
Evaluación nutricional	<p>Escala Mini Nutricional (MNA). (puntaje promedio)</p> <p>Normal (puntaje ≥ 24 -30)</p> <p>Riesgo nutricional (puntaje 17–23)</p> <p>Desnutrición calórico proteica (puntaje ≤ 16)</p> <p>(puntaje promedio)</p> <p>Índice de masa corporal (IMC)</p> <p>Bajo peso (< 22 kg/m²)</p> <p>Normal (22 – 27 kg/m²)</p> <p>Sobrepeso (27.1 – 32 kg/m²)</p> <p>Obesidad (> 32 kg/m²)</p>	Cualitativa ordinal	Objetivo: Clasificar el estado nutricional de los adultos mayores.
Estado de salud oral	<p>Índice de GOHAI (puntaje promedio)</p> <p>Buena salud oral (puntaje 57–60)</p> <p>Moderada salud oral (puntaje 51–56)</p> <p>Mala salud oral (puntaje < 50)</p>	Cualitativa Ordinal	Objetivo: Identificar la percepción de salud bucal que tienen los adultos mayores.

Variable	Escala de evaluación gerontológica	Nivel de Medición	Argumento
Insomnio	<p>Escala de Atenas. (puntaje promedio)</p> <p>Normal (puntaje 0 -7) Insomnio (puntaje > 8)</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Objetivo: Determinar la frecuencia de insomnio en personas adultas mayores.</p>
Somnolencia	<p>Escala de Epworth (puntaje promedio)</p> <p>Normal (puntaje 0 – 10) Somnolencia (puntaje ≥11)</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Objetivo: Determinar la frecuencia de somnolencia excesiva diurna en personas adultas mayores.</p>
Deterioro cognitivo	<p>Mini examen del estado mental de Folstein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Deterioro cognitivo 	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Objetivo: Identificar deterioro cognitivo en adultos mayores.</p>

De acuerdo a 2 puntos de cortes:

1.

Años de escolaridad	Normal + de
0 - 4 años	22
5 - 8 años	24

La segunda es más estricta respecto a los años de escolaridad y edad.

(Véase técnicas pág. 55)

Variable	Escala de evaluación gerontológica	Nivel de Medición	Argumento
Depresión	<p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 30 reactivos. (puntaje promedio) Normal (puntaje 0 – 10) Probable depresión (puntaje ≥ 11)</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión.</p>
Autoestima	<p>Escala de Rosenberg. (puntaje promedio) Alta (puntaje 30 a 40) Media (puntaje 26 a 29) Baja (puntaje ≥ 25)</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Objetivo: Evaluar la autoestima de las personas adultas mayores.</p>
Redes de Apoyo Social	<p>Escala de apoyo social para adultos mayores. Grado de satisfacción promedio de porcentajes respecto a puntajes ponderados (ver anexo 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social familiar • Apoyo social extrafamiliar • Apoyo social institucional • Magnitud de contactos sociales comunitarios. • Magnitud de apoyos sociales recibidos. • Grado de satisfacción. • Apoyo social global. 	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Objetivo: Identificar las redes de apoyo social formal e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción.</p>

Variable	Escala de evaluación gerontológica	Nivel de Medición	Argumento
Calidad de vida	<p>Calidad de vida de la OMS (WHOQoL breve en español)</p> <p>De acuerdo al puntaje crudo y ponderado (ver anexo 15, 16 y 17)</p> <p>Mala</p> <p>Promedio</p> <p>Alta</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Determinar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores</p>
Funcionalidad	<p>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</p> <p>Índice de Katz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Independiente <p>Escala de Barthel modificada</p> <p><20 Dependencia total</p> <p>21 a 60 dependencia severa</p> <p>61 a 90 dependencia moderada</p> <p>91 a 99 Dependencia escasa</p> <p>100 independencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Grado de dependencia 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Cualitativa</p> <p>ordinal</p> <p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Identificar la frecuencia y grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, en su hogar y en la comunidad.</p>

Variable	Escala de evaluación gerontológica	Nivel de Medición	Argumento
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Escala de Lawton y Brody <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Con Asistencia • Dependiente 	Cualitativa Nominal	Objetivo: Identificar la frecuencia y grado de deterioro funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria.
Actividades físicas	Escala de Rosow – Breslaw <ul style="list-style-type: none"> • La puede realizar • Requiere ayuda • No la puede realizar 	Cualitativa Nominal	Objetivo: Identificar la frecuencia y grado de deterioro funcional para realizar actividades físicas.
	Escala de Nagi <ul style="list-style-type: none"> • Capaz de realizarla • Con dificultad • No la realiza 	Cualitativa Nominal	

TÉCNICAS

Con apoyo de Desarrollo Social 2016 – 2018 gobierno de Chalco se condonó el pago de las consultas médicas a toda persona de 60 años y más que acudió al Centro de Desarrollo Comunitario CDC “Nueva San Miguel” lo que me permitió recibir en el consultorio médico durante el periodo de Junio 2018 a Enero 2019 a 80 adultos mayores a quienes se les informó la importancia del estudio, sin embargo solo 50 adultos mayores terminaron la evaluación Geronto – geriátrica.

Sabiendo las limitaciones de tiempo y carencia de equipo completo se requirió mucha habilidad, paciencia, sensibilidad, creatividad, responsabilidad y ética, además de una adecuada relación médico paciente para llevar a cabo de la mejor manera cada evaluación.

Si bien la manera de recolectar los datos fue de manera individualizada y diferente con cada adulto mayor, se tomó en cuenta las particularidades y ventajas de cada cuestionario, para ahorrar tiempo existieron sesiones de trabajo donde se logró reunirlos para que resolvieran los cuestionarios.

Se enfatizó con cordialidad que la información que ellos proporcionarían sería confidencial y los datos serían reportados de manera anónima. Se les indicó que podrían retirarse en cualquier momento del estudio, respetando su decisión con la seguridad de que no tendrían ningún problema.

Cada adulto mayor contó con un expediente de trabajo donde estaban todas las escalas impresas para evaluar todos los componentes de la EGI se requirió por lo menos de 3 a 5 sesiones de máximo 1 hora.

- En la primera sesión se realizó la evaluación biomédica o clínica aplicándose los cuestionarios: salud y polifarmacia, escala de Tinetti, mini valoración nutricional (MNA), índice de salud oral geriátrica (GOHAI), escala de Atenas de insomnio, escala de somnolencia de Epworth.
- En la segunda sesión se realizó la evaluación mental y afectiva: Mini examen del estado mental de Folstein, escala de depresión geriátrica de Yesavage e inventario de autoestima de Rosenberg.
- En la tercera sesión se realizó la evaluación social: escala de redes de apoyo social para adultos mayores e instrumento WHOQoL breve en español.
- En la cuarta sesión se realizó la evaluación funcional: Índice de Katz, escala de Barthel, escala de Lawton y Brody, Escala de Rosow Breslaw, y cuestionario de Nagi.

Antes de cada sesión se le preguntaba al adulto mayor si presentaba alguna molestia, de no ser así se procedía a realizar las evaluaciones.

Estado de Salud y Polifarmacia (ANEXO 1)

Es un cuestionario semiestructurado de autoreporte integrado y validado por consenso de expertos, está conformado por 19 preguntas integradas en 3 secciones donde se presentan aspectos sociodemográficos, socioeconómicos y de la salud.(22)

El registro del estado de salud fue por auto notificación, enfermedades ya diagnosticadas por algún médico, además se corroboró con estudios de laboratorio o gabinete recientes durante el transcurso de la valoración Geronto – geriátrica.

El cuestionario fue por auto aplicación, y en aquellos que se les dificultó por diversas causas se les aplicó en el consultorio médico.(22)

Marcha y equilibrio (Escala de Tinetti) (ANEXO 2)

Es un cuestionario que evalúa el equilibrio y la marcha de manera demostrativa, está conformado por 2 apartados. El primero evalúa el equilibrio a partir de 9 tareas a realizar, el segundo corresponde a la marcha a partir de 7 actividades. Las respuestas se califican como 0 si la persona no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado, 1 cuando logra los cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales, 2 cuando realiza la tarea sin dificultad.

El puntaje máximo del equilibrio es de 1 y el de la marcha 12, la suma de ambos es 28, con lo cual se determina el riesgo de caídas.(22)(25)

La evaluación se realizó en el consultorio médico.

Mini valoración Nutricional: (MNA) (ANEXO 3)

Es un cuestionario constituido por 18 preguntas sencillas que valora factores antropométricos (peso, estatura, índice de masa corporal, circunferencia media del brazo y circunferencia de la pantorrilla), riesgo en la dieta y aspectos subjetivos dando como resultado tres posibles categorías nutricionales: normal, riesgo nutricional y desnutrición calórico proteica. (16)(22)

- El peso: Se debe llevar a cabo preferentemente con la misma báscula (la cual debe estar calibrada). Siempre se debe pesar a la persona sin zapatos.(22)
- Estatura: Para medir la estatura, si el evaluador no cuenta con un estadímetro (aditamento especial para medir la estatura), podrá adherir una cinta métrica a la pared del sitio donde llevará a cabo el procedimiento, eligiendo un espacio físico en donde el piso esté alineado. Siempre se le debe medir sin zapatos. La indicación es

que se mantenga lo más erguida (sin doblar el tórax y el cuello) de espalda a la pared con los talones de los pies juntos y las puntas separadas.(22)

Con estas dos mediciones se puede obtener el Índice de masa corporal (IMC).

- Circunferencia media del brazo. Se mide la longitud del brazo en la parte lateral (externa) desde el borde superior del hombro hasta el codo, posteriormente el valor se divide entre 2 para identificar el punto medio, el cual se señala con un marcador y sobre este punto se lleva a cabo la medición.(22)
- Circunferencia de la pantorrilla. Se le pide al adulto mayor que se descubra la pierna hasta la rodilla, se identifica el punto medio de la pierna (parte más prominente) y en ese nivel se lleva a cabo la medición.(22)

Es fundamental que las mediciones se lleven a cabo de manera correcta por lo que se le pidió a los adultos mayores que se presentaran en ayuno, con ropa ligera (las mujeres presentarse con blusa y falda o con pantalón si lo acostumbra, los hombres con pantalones amplios y playera) y preferentemente después de orinar y evacuar.(22)

Índice de valoración de salud oral geriátrica (GOHAI) (ANEXO 4)

El cuestionario está conformado por 12 preguntas se responden en una escala de intensidad y frecuencia denominado tipo Likert de lo acontecido durante los últimos tres meses.(22)

(Clave para calificación ver **ANEXO 5**)

De acuerdo al puntaje obtenido se clasificó el estado de salud oral en tres categorías: buena, moderada o mala salud oral.

El cuestionario fue por autoaplicación y en aquellos que se les dificultó se aplicó en el consultorio médico.

Escala de Atenas de Insomnio (ANEXO 6)

Es un cuestionario de 8 preguntas que evalúa el auto percepción de cualquier dificultad en el dormir que haya experimentado el adulto. Tiene 4 opciones de respuesta a las cuales se les otorga un puntaje de 0 a 3.(22)

De acuerdo a la validación para la población mexicana la puntuación igual o mayor a 8 puntos marca la presencia de insomnio.(22)

El cuestionario fue por autoaplicación, en pequeños grupos y en aquellos que se les dificultó por diversas causas se les aplicó en el consultorio médico.(22)

Escala de Somnolencia Epworth (ANEXO 7)

Es un cuestionario de 8 preguntas que evalúa la frecuencia con que el adulto mayor se queda dormido en ciertas situaciones ; tiene formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta a cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 0 a 3.(22)

Una puntuación igual o mayor a 11 puntos es sugestiva de somnolencia patológica.

El cuestionario fue por auto aplicación, de manera individual o en pequeños grupos y en aquellos que se les dificultó por diversas causas se les aplicó en el consultorio médico.

Mini Examen del Estado Mental de Folstein (ANEXO 8)

El instrumento está conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones (orientación, registro, atención, y cálculo, lenguaje, memoria diferida).(22)

Para individuos de 0 a 4 años de escolaridad 22 puntos o más se considera normal y de 5 a 8 años 24 puntos o más se considera normal.(23)

Para personas con un alto nivel educativo (16 o más años o estudio o carrera universitaria terminada) el puntos de corte es menor a 27.(16)

Sin embargo es importante ajustar el puntaje de acuerdo a la edad y años de escolaridad de acuerdo a Crum RM 1993.(16)

Edad en años	Años de escolaridad			
	0 - 4	5 - 8	9 – 12	≥12
60 - 64	22	27	28	29
65 - 69	22	27	28	29
70 -74	21	26	28	29
75 - 79	21	26	27	28
80 – 84	19	25	26	28
≥85	20	24	26	28

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (ANEXO 9)

El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 30 preguntas dicótomicas (si/no) y puede ser de autoaplicación. Se consideró con probable depresión quienes obtuvieron un puntaje mayor a 11 puntos.(22)

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Escala de autoestima: (Inventario de autoestima de Rosenberg) (ANEXO 10)

El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 10 afirmaciones, cinco con dirección positiva y cinco con dirección negativa con un formato tipo Likert. Con 4 opciones de respuesta a cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 1 a 4.

(Clave para calificación ver **ANEXO 11**)

De acuerdo a la puntuación se consideran tres niveles de autoestima: alta, media y baja.

(22)(39)

El cuestionario fue por autoaplicación y en aquellos que se les dificultó se aplicó en el consultorio médico.

Escala de Redes de apoyo social para adultos mayores: (ANEXO 12)

Es un cuestionario semiestructurado, que incluye 3 secciones en el que se explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo) nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional.(22)

(Clave para calificación ver **ANEXO 13**)

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Calidad de vida de la OMS (instrumento WHOQoL breve en español) (ANEXO 14)

El cuestionario está conformado por 2 apartados que en conjunto suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser de auto aplicación.

Son 26 preguntas, de las cuales las dos primeras corresponden a calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general. Todas las preguntas se califican otorgando un puntaje de 1 a 5. Las preguntas 3,4 y 26, tienen un puntaje de orden inverso.

Las preguntas de la 3 a la 26 corresponden a 4 áreas:

Salud física: 3, 4, 10, 15, 16,17 y 18. Puntaje total crudo máximo 35, el cual se pondera a una escala de 100.

Aspectos psicológicos: 5, 6, 7, 11,19 y 26. Puntaje total crudo máximo 30, el cual se pondera a una escala de 100.

Relaciones sociales: 20, 21 y 22. Puntaje total crudo máximo 15, el cual se pondera a una escala de 100.

Medioambiente: 8,9 12, 13, 14, 23,24 y 25. Puntaje total crudo máximo 40, el cual se pondera a una escala de 100.

El puntaje global es de 130 puntos el cual se pondera a una escala de 100.(22)

(Formato para calificación ver **ANEXO 15**, Clasificación de la calidad de vida ver **ANEXO 16**, Puntajes crudos y ponderados ver **ANEXO 17**)

El cuestionario fue por autoaplicación y en aquellos que se les dificultó se aplicó en el consultorio médico.

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) (ANEXO 18)

El cuestionario tiene un formato estructurado de 6 puntos, cada uno con 2 opciones de respuesta, independiente= 2 y dependiente=1. (22)

El cuestionario fue por auto aplicación, de manera individual o en pequeños grupos y en aquellos que se les dificultó por diversas causas se les aplicó en el consultorio médico.

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel) (ANEXO 19)

El cuestionario está conformado con 10 apartados, cada uno de ellos contiene 5 opciones de respuesta, a cada opción le corresponde un puntaje, además cuenta con 5 columnas para registrar los puntajes en diferentes fechas.(22)

De acuerdo al puntaje el nivel se clasifica 0 -20 dependencia total, 21 – 61 dependencia severa, 61 – 90 dependencia moderada, 91- 99 dependencia escasa y 100 independencia.(20)

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody) (ANEXO 20)

El cuestionario está conformado por 7 apartados, cada uno de ellos contiene 3 opciones de respuesta: Independiente: 3, con asistencia: 2, dependiente: 1

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Actividades básicas de la vida diaria en la comunidad (Escala de Rosow – Breslaw) (ANEXO 21)

El cuestionario tiene un formato estructurado de 3 puntos, cada uno con 3 opciones de respuesta: capaz de realizarlo sin dificultad= 3, realiza algunas tareas o requiere de ayuda =2, no es capaz de realizarlo =1. (22)

El cuestionario fue por auto aplicación, de manera individual o en pequeños grupos y en aquellos que se les dificultó por diversas causas se les aplicó en el consultorio médico.

Cuestionario de actividades físicas (Escala de Nagi) (ANEXO 22)

El formato tiene un formato estructurado de 9 puntos, cada uno con 3 opciones de respuesta; capaz de realizarlo sin dificultad = 3, capaz de realizarlo con dificultad, parcialmente o con ayuda= 2, no es capaz de realizarlo =1. Algunas actividades son de tipo demostrativo. (22)

Se aplicó de manera individualizada en el consultorio médico.

Con el fin de prevenir enfermedades y mantener la salud por medio de la participación activa del adulto mayor se le proporcionó a cada adulto mayor una cartilla de autocuidado (ANEXO 23) donde se registrarón los resultados de sus pruebas. Dicha cartilla tiene un apartado para que coloquen su foto que servirá para que lo reconozcan como un documento propio e importante.(22)

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Consentimiento informado (ANEXO 24)

Se obtuvo por escrito, con la firma de los participantes y el responsable del estudio, observando con esto lo dispuesto en la Ley General de Salud y en los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki. (54)

Se protegieron los derechos, bienestar y protección de la privacidad de los participantes, garantizando que su participación sería voluntaria y que en ningún momento sus nombres serían dados a conocer.

RECURSOS

Humanos: Médico Pasante de Servicio Social de la Carrera de Médico Cirujano

Físicos: Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel”

Materiales: Pruebas impresas de los instrumentos de evaluación Geronto – geriátrica, báscula calibrada, cinta métrica, lápiz, reloj, hojas de papel tamaño carta en blanco, una tarjeta tamaño media carta en la que aparezca en el centro con letra grande la instrucción “CIERRE LOS OJOS” y al reverso el dibujo de los pentágonos imbricados, silla dura sin apoyabrazos, computadora, cubre- bocas, guantes, abate- lenguas, medicamentos.

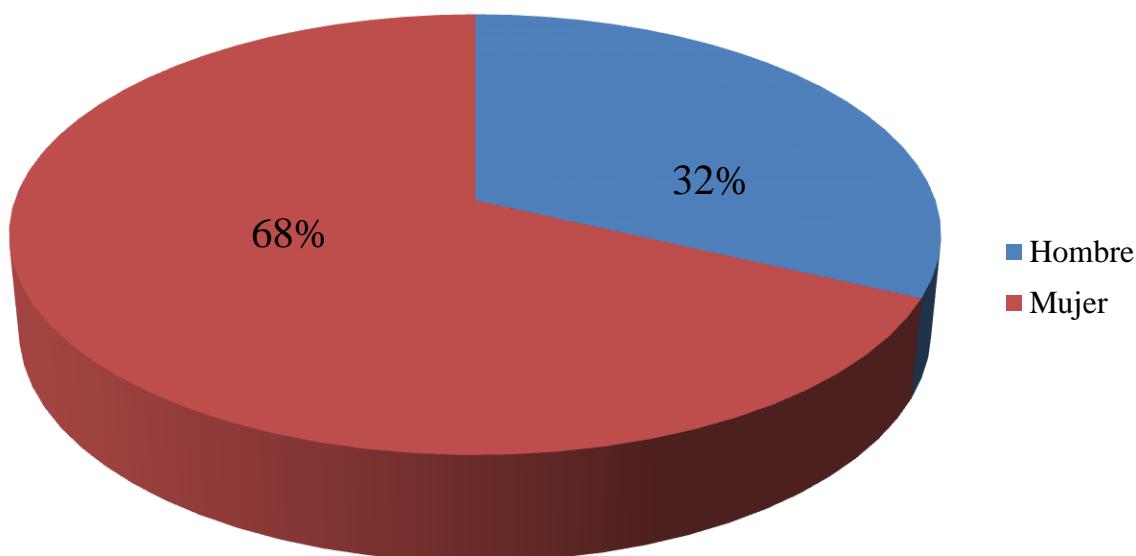
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos, se utilizó Excel.

El plan de análisis incluyo estadística descriptiva a través de tablas de frecuencias, promedios, por cientos.

VI. RESULTADOS

GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

TABLA 3. CLASIFICACIÓN POR EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

	Edad	Hombres		Mujeres		Total	
		fa	fr	fa	fr	fa	fr
Adultos mayores jóvenes	60 - 74	12	24%	25	50%	37	74%
Adultos mayores viejos	75 a 84	4	8%	9	18%	13	26%
Total		16	32%	34	68%	50	100%

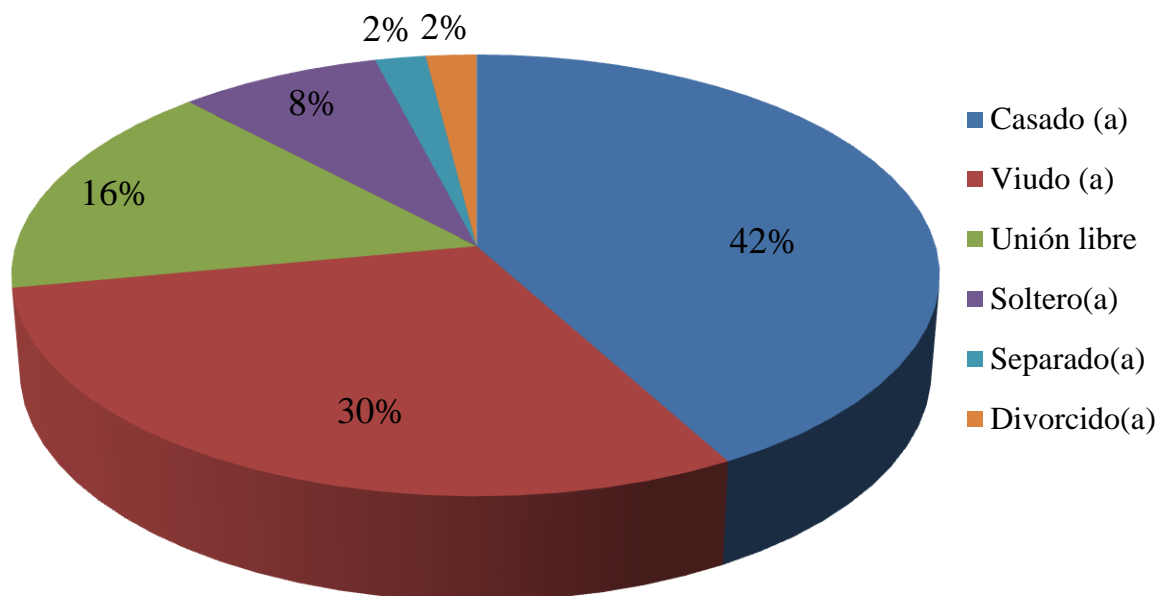
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

La gráfica N. 2 muestra que el total de la población de adultos mayores que participaron en el estudio es de 50, 68% (n= 34) son mujeres y 32% (n= 16) son hombres, la edad promedio del grupo general 68.9 años con mínimo de 60 años y un máximo de 83 años de edad. El 74% (n= 37) son adultos mayores jóvenes. (Tabla 3).

Con el cuestionario de salud y polifarmacia se recabaron variables sociodemográficas y el estado de salud por autoreporte, enfermedades ya diagnosticados por otro médico, solo el 46% (n=23) llevó a la consulta médica algún estudio de laboratorio o gabinete reciente a la fecha de valoración.

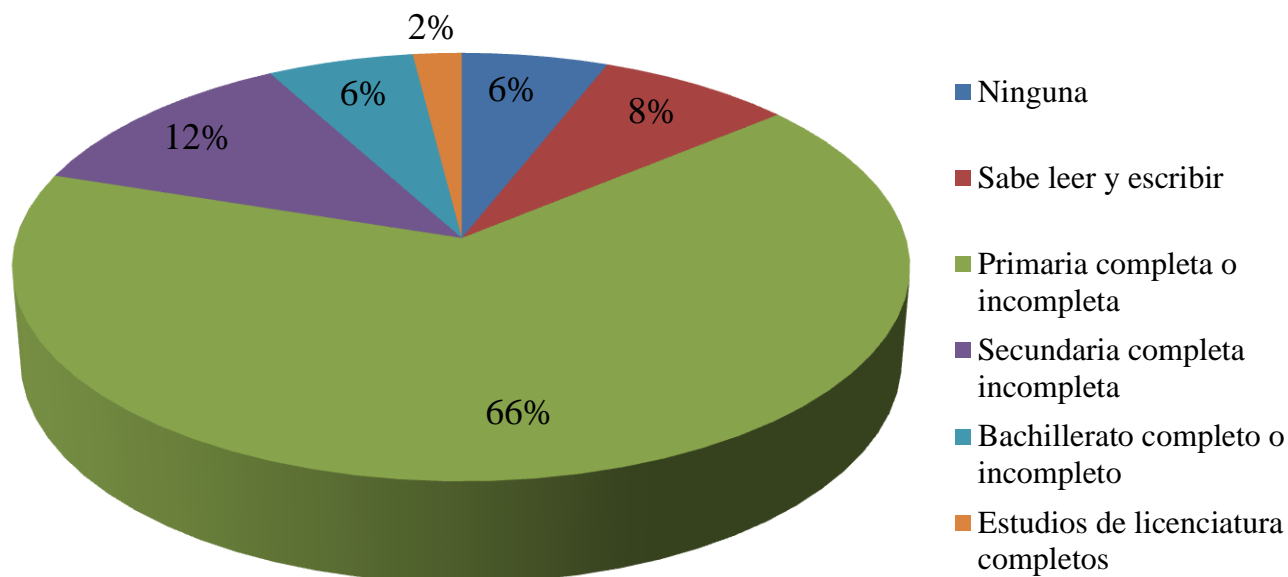
VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS

**GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

**GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

El promedio de números de años de escolaridad es de 5.54 años.

**TABLA 4. OCUPACIÓN ACTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**

	fa	fr
Hogar	32	64 %
Pensionado o Jubilado	9	18 %
Aun trabaja	8	16 %
Desempleado	1	2 %
Total	50	100%

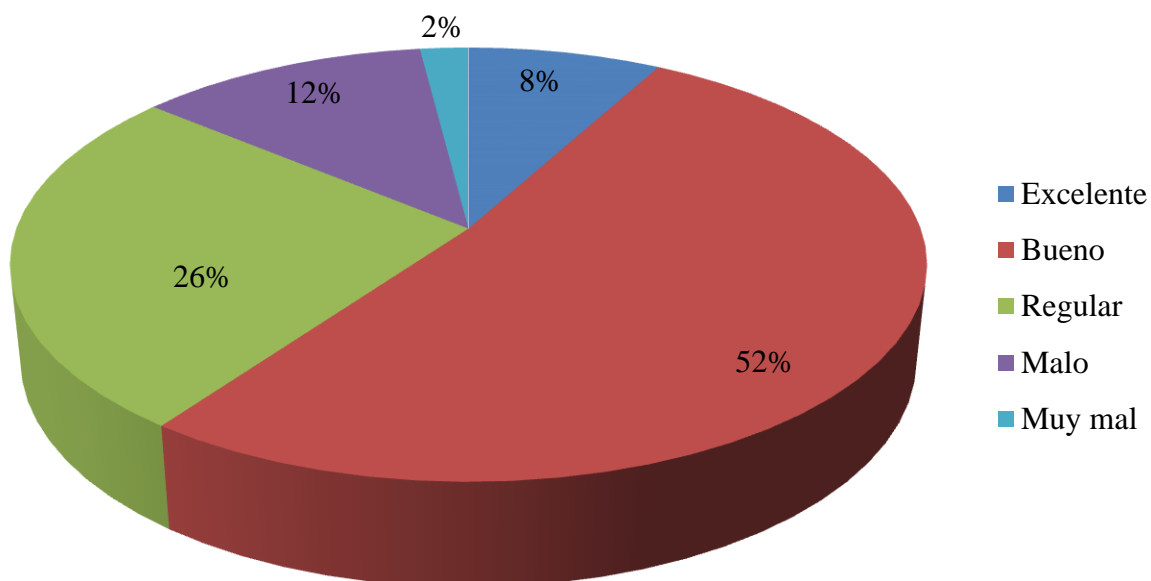
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

TABLA 5. SERVICIOS MÉDICOS UTILIZADOS HABITUALMENTE POR LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

	fa	fr
IMSS	21	42 %
SEGURO POPULAR	19	38 %
ISSSTE	2	4 %
HOSPITAL NAVAL	1	2 %
NINGUNO	7	14 %
Total	50	100 %

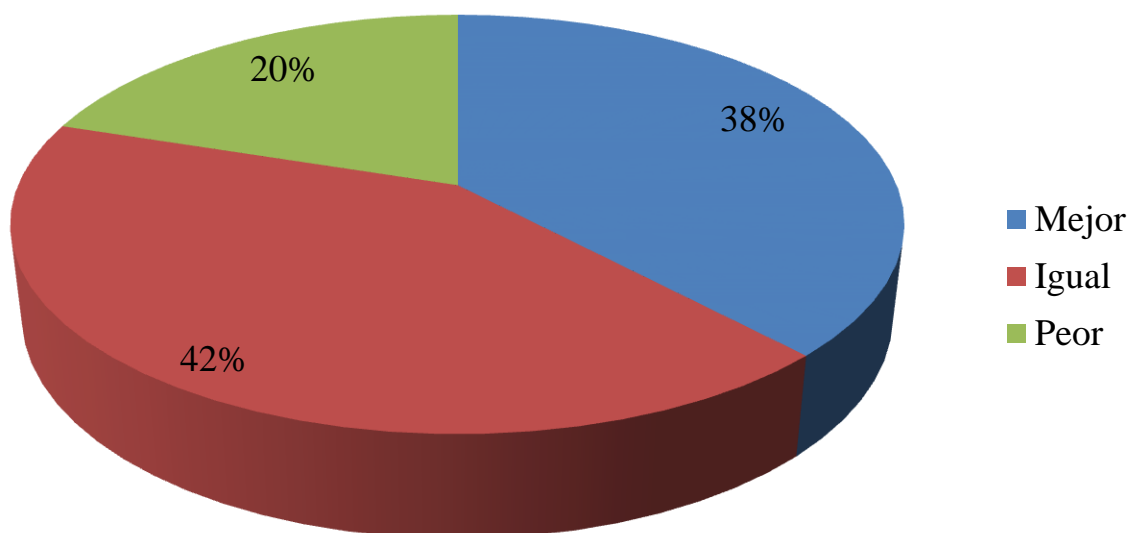
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

GRÁFICA 5. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

**GRÁFICA 6. COMPARACIÓN DE LA AUTOPERCEPCION DE LOS
ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

La gráfica 6 muestra la autopercepción en comparación con las personas de su misma edad.

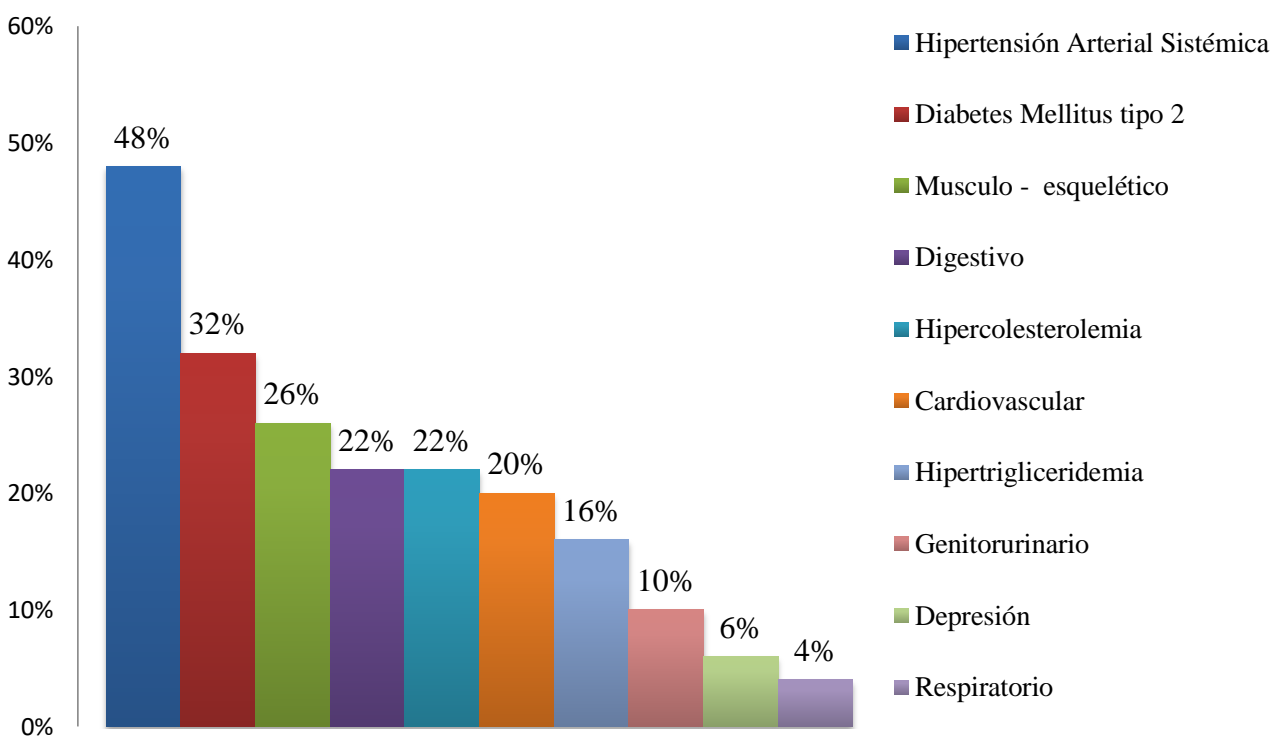
**TABLA 6. NÚMERO DE COMORBILIDADES AUTO REPORTADAS DE LOS
ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**

	fa	fr
Ninguna	5	10 %
1 enfermedad	12	24 %
2 enfermedades	14	28 %
3 enfermedades	13	26 %
4 enfermedades	5	10 %
5 enfermedades	1	2 %
Total	50	100 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

La tabla 6 muestra que el 10% de los adultos mayores cursa con un envejecimiento exitoso y el 90% cursa con envejecimiento usual.

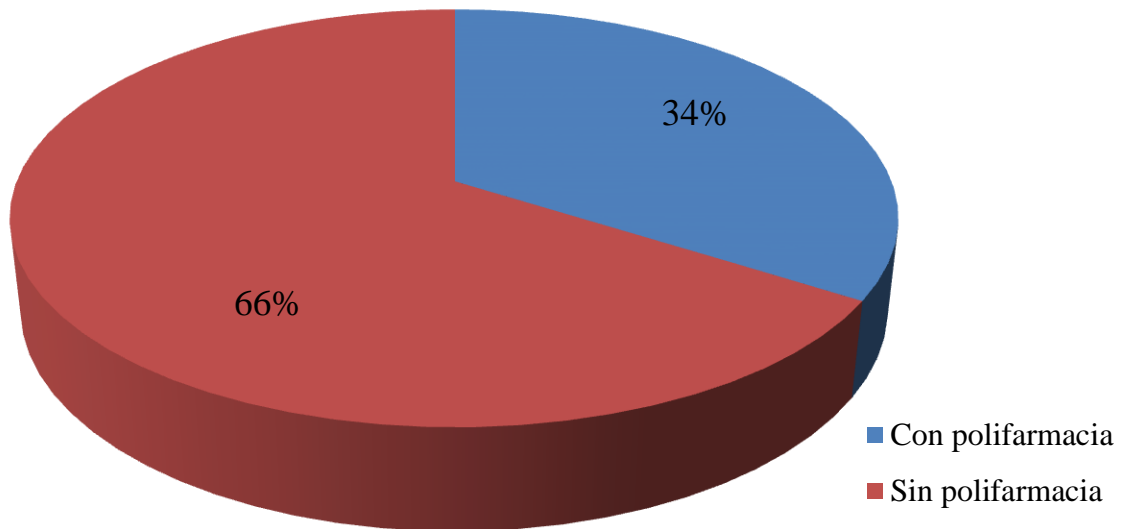
GRÁFICA 7. MORBILIDAD PERCIBIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

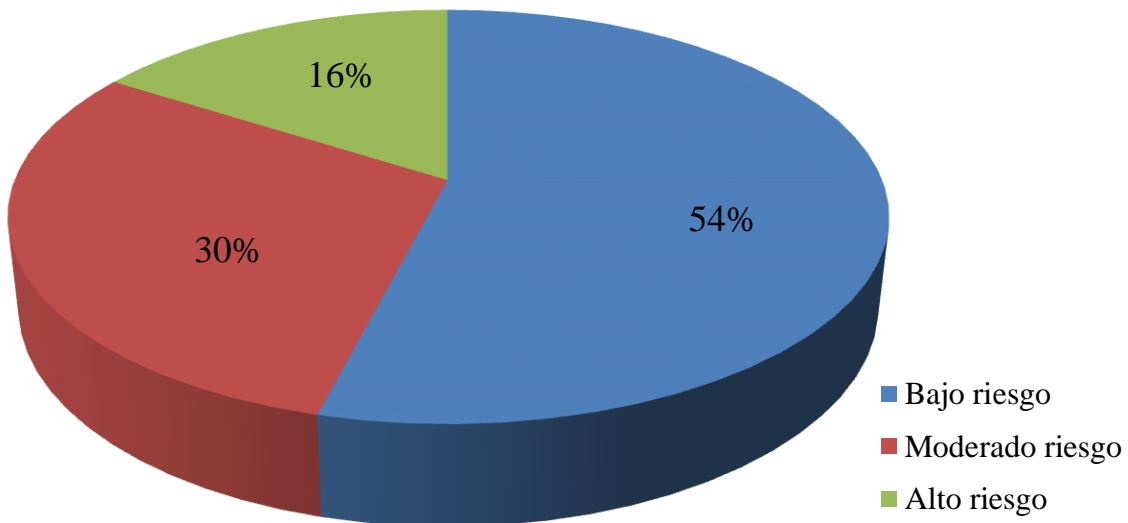
La evaluación clínica confirmó la presencia de las comorbilidades auto notificadas en la Gráfica 7 para fines prácticos se incluyen aquellas que representan un mínimo porcentaje en aparatos y sistemas. Con hipertensión arterial sistémica 48% (n= 24), Diabetes Mellitus tipo 2 el 32% (n= 16), enfermedades músculo esqueléticas 26% (n= 13), enfermedades digestivas 22% (n= 11), hipercolesterolemia 22% (n= 11), enfermedades cardiovasculares 20% (n= 10), hipertrigliceridemia 16% (n= 8), enfermedades genito-urinarias 10% (n= 5), Depresión 6% (n= 3), enfermedades respiratorias 4%(n= 2), es importante resaltar que el 66% (n= 33) de los adultos mayores presentaron dos o más enfermedades.

**GRÁFICA 8. POLIFARMACIA EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

**GRÁFICA 9. RIESGO DE CAIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



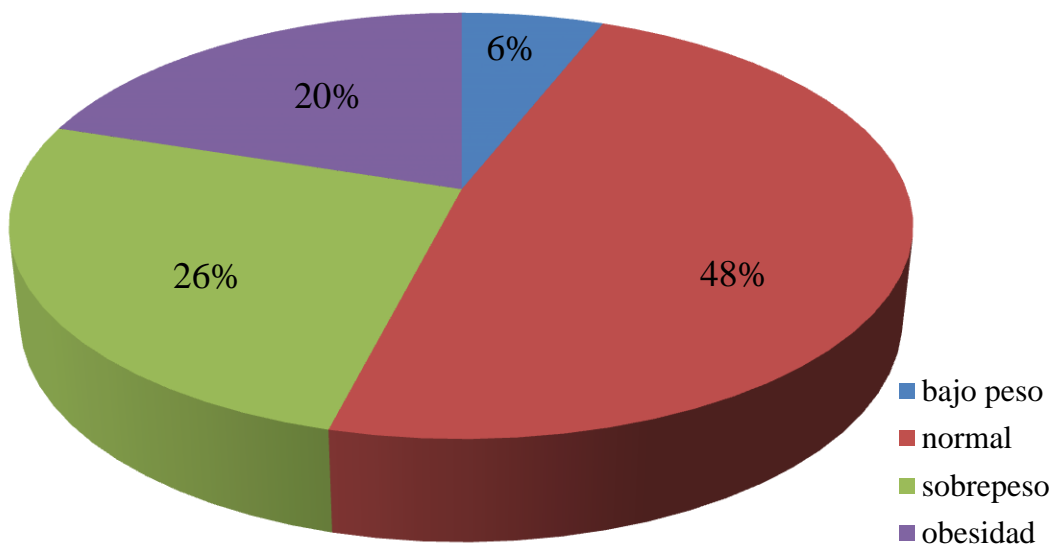
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

TABLA 7. RIESGO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

	fa	fr
Normal	39	78 %
Riesgo nutricional	7	14 %
Desnutrición calórico proteica	4	8 %
Total	50	100 %

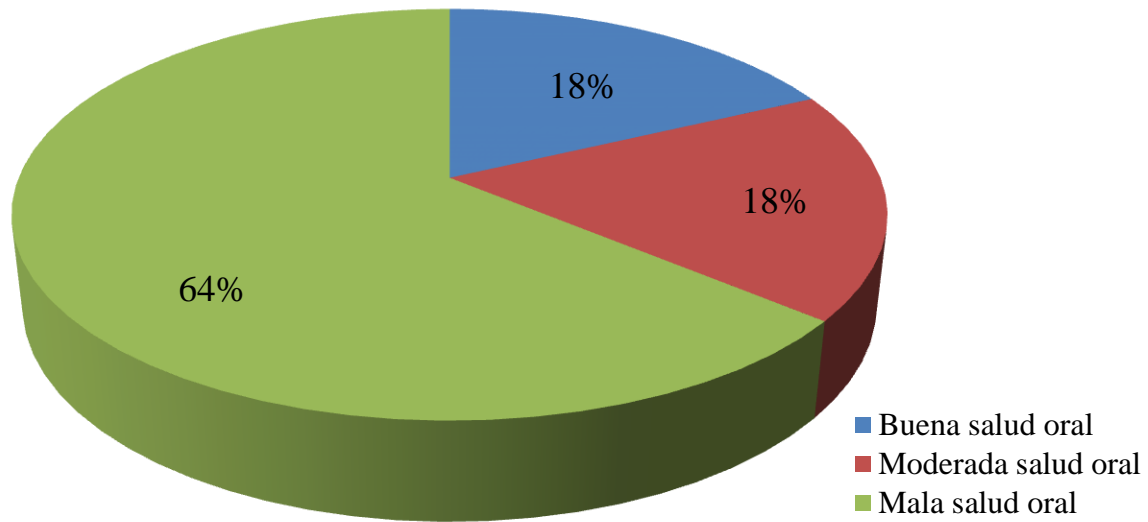
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

GRÁFICA 10. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL IMC EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

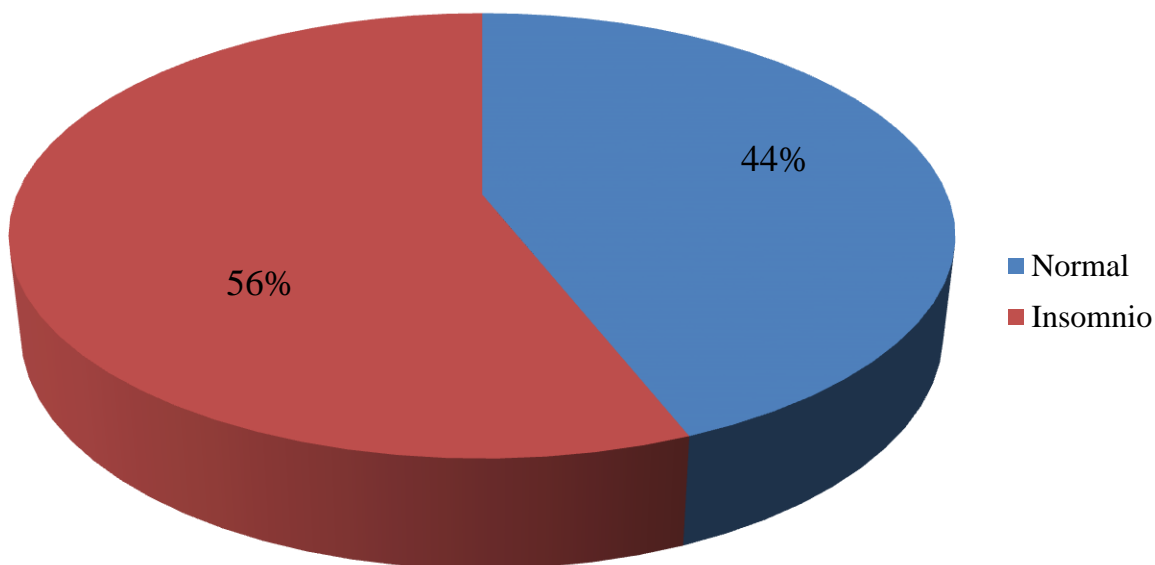
**GRÁFICA.11 ESTADO DE SALUD ORAL EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

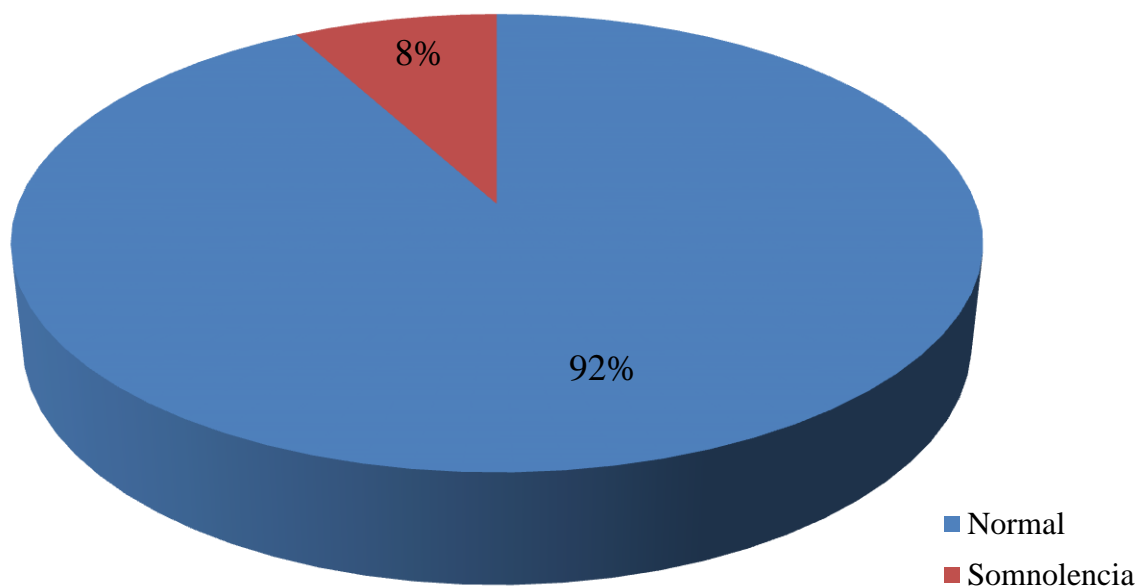
Gráfica 11. Muestra los resultados respecto a la percepción de salud bucal que tienen los adultos mayores según nivel del GOHAI.

GRÁFICA.12 PREVALENCIA DE INSOMNIO EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

GRÁFICA.13 PREVALENCIA DE SOMNOLENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

VALORACIÓN MENTAL Y AFECTIVA

TABLA 8. PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A LOS PUNTOS DE CORTE POR ESCOLARIDAD Y EDAD, EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

	fa	fr
Normal	33	66 %
Deterioro cognitivo	17	34 %
Total	50	100 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

Con el cuestionario del estado Mental de Folstein de acuerdo a los puntos de corte por escolaridad y edad que indica la GPC Valoración Geriátrica Integral en unidades de atención médica. (ver pág. 55) La tabla 8 muestra que el 34% tiene deterioro cognitivo.

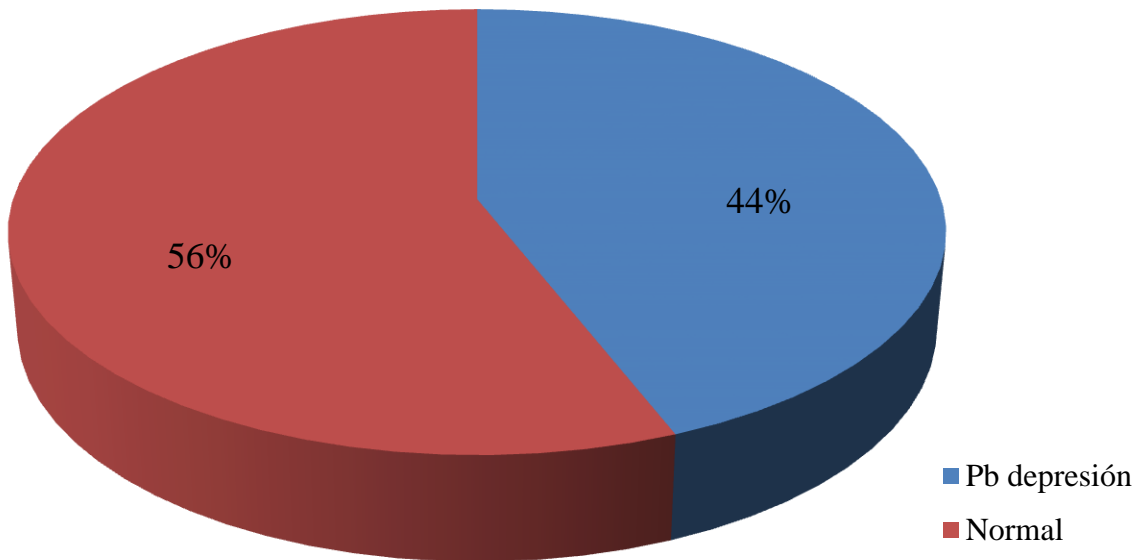
Sin embargo la tabla 9 muestra la prevalencia de deterioro cognitivo utilizando los rangos por años de escolaridad y la media de normalidad que indica la GPC mencionada anteriormente (ver pág. 46) obtenemos que el 18% tiene deterioro cognitivo.

TABLA 9. PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO DE ACUERDO A LOS RANGOS DE AÑOS DE ESCOLARIDAD Y LA MEDIA DE NORMALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

	fa	fr
Normal	41	82%
Deterioro cognitivo	9	18%
Total	50	100 %

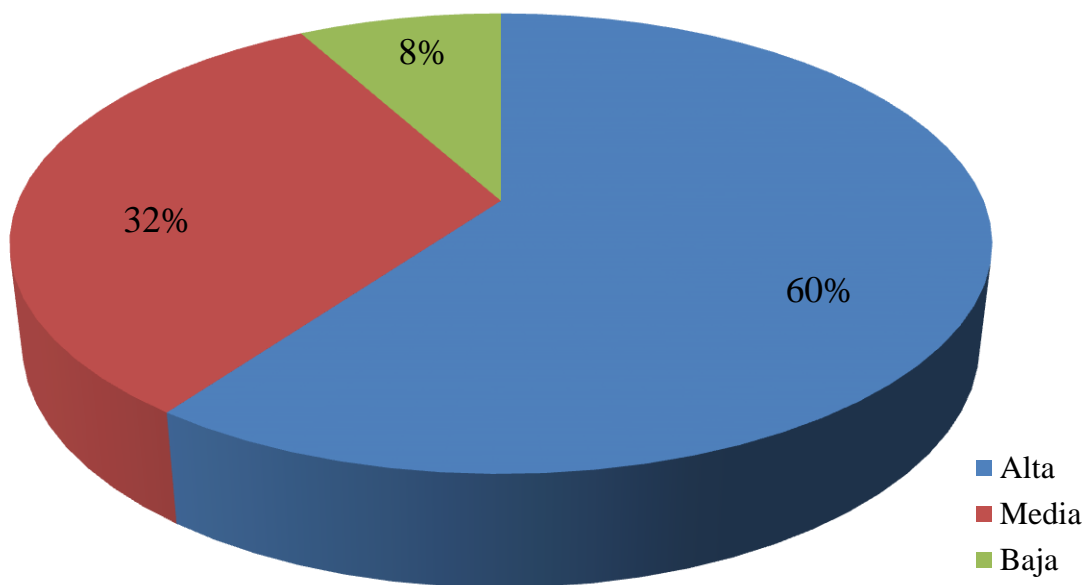
FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

GRÁFICA.14 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

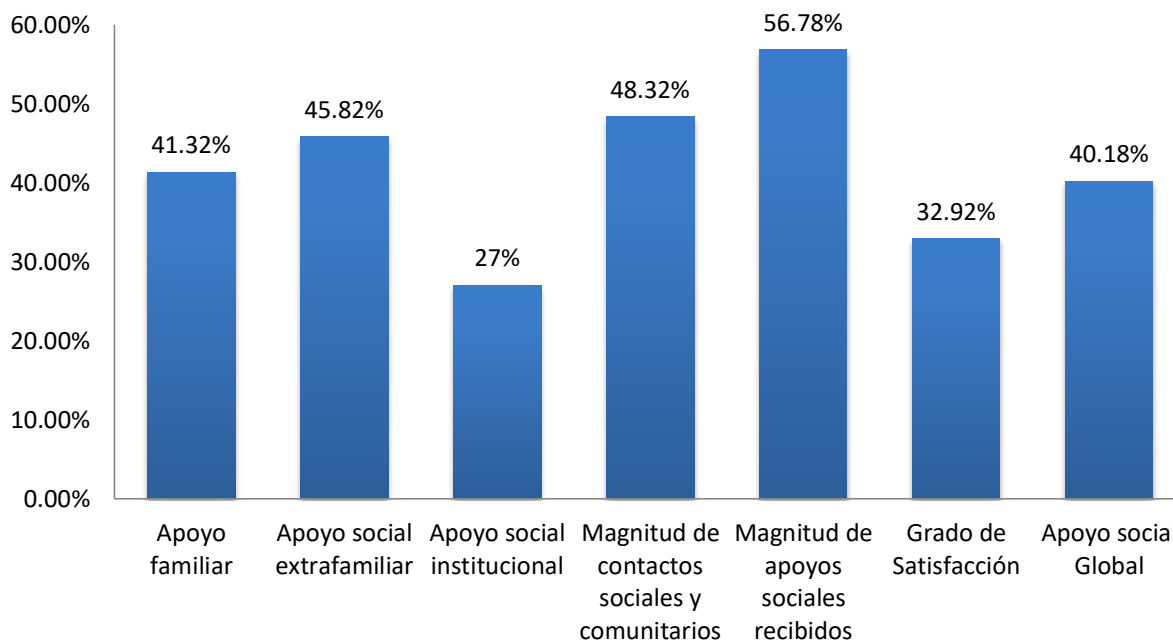
GRÁFICA.15 NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

VALORACIÓN SOCIAL

**GRÁFICA.16 PROMEDIO DEL TIPO Y GRADO DE SATISFACCIÓN
DE LAS REDES APOYO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

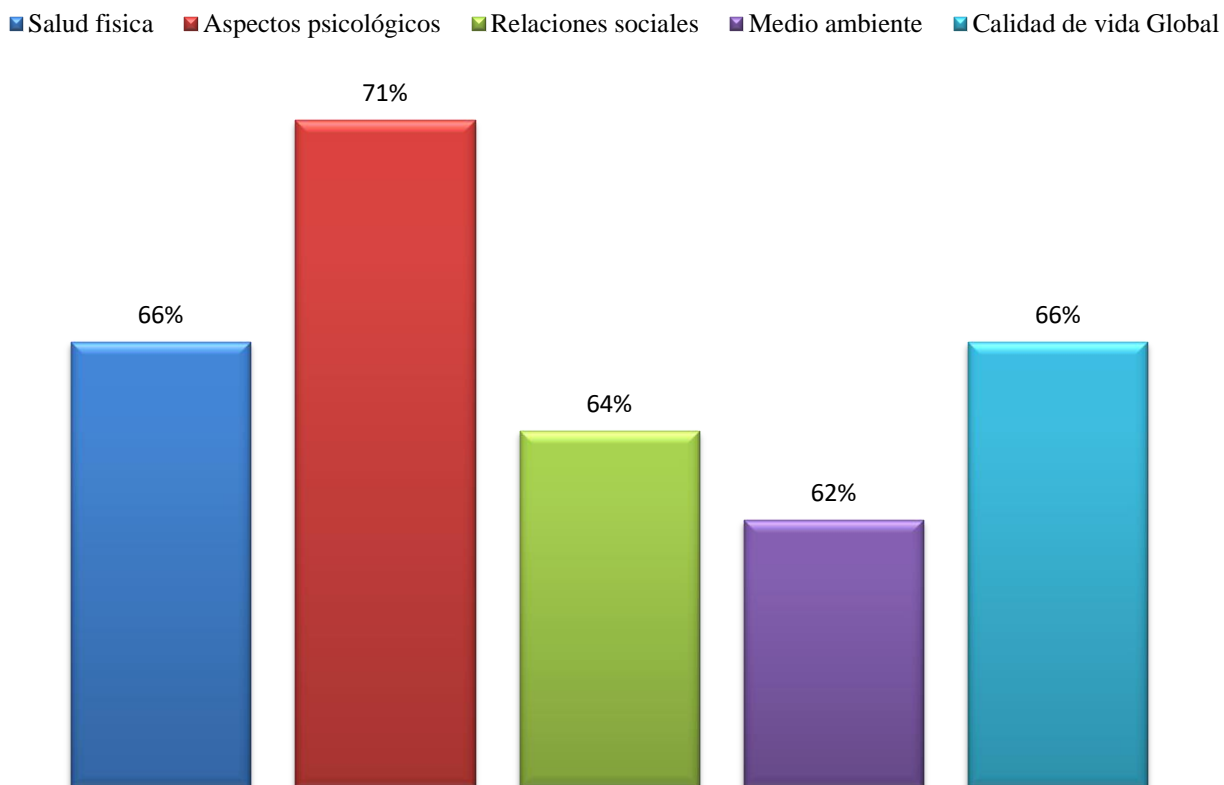
**TABLA 10. CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**

	Mala		Promedio		Alta		Total	
	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr
Salud física	4	8 %	33	66 %	13	26 %	50	100 %
Aspectos psicológicos	2	4 %	29	58 %	19	38 %	50	100 %
Relaciones sociales	8	16 %	33	66 %	9	18 %	50	100 %
Medio ambiente	6	12 %	36	72 %	8	16 %	50	100 %
Global	1	2 %	37	74 %	12	24 %	50	100 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

La Tabla 10 muestra la percepción de la calidad de vida tomando como indicador la salud física en donde tienen respecto a la calidad global con calidad mala el 2%, promedio el 74% y alta el 24%.

**GRÁFICA.17 PROMEDIOS GRADO DE SATISFACCIÓN RESPECTO
A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES
EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”**



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

VALORACIÓN FUNCIONAL

TABLA 11. DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA CON EL INDICE DE KATZ EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

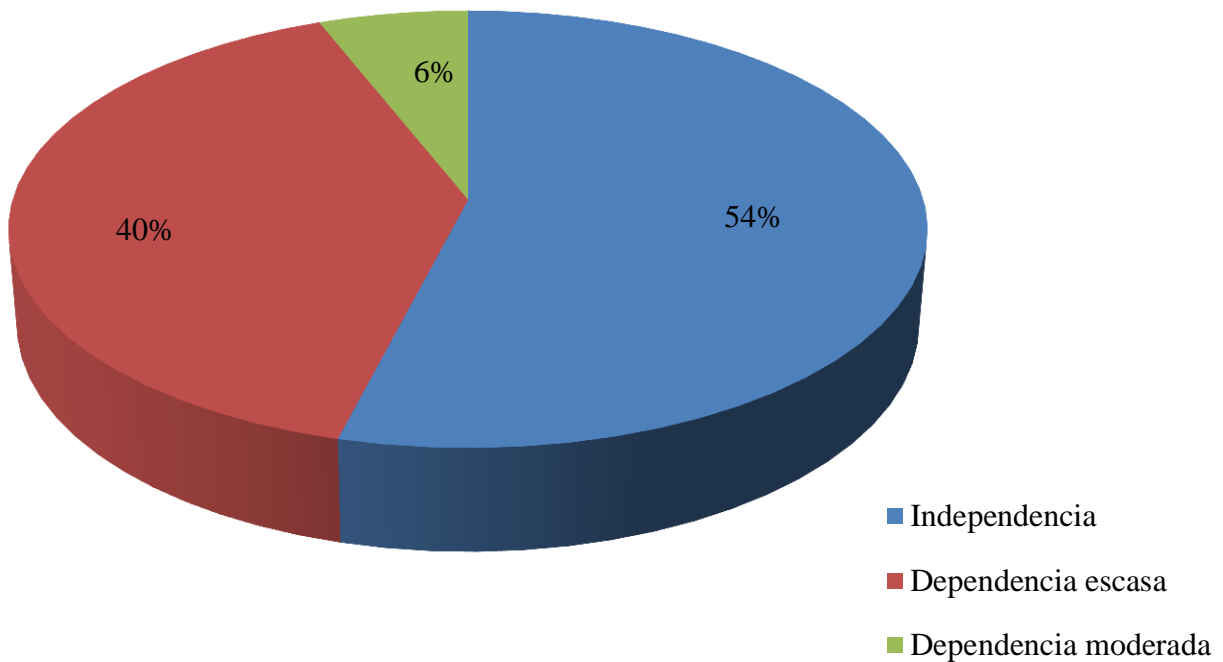
	Dependiente		Independiente	
	fa	fr	fa	fr
Bañarse	0	0 %	50	100 %
Vestirse	5	10 %	45	90 %
Moverse de la cama	0	0 %	50	100 %
Alimentarse	0	0 %	50	100 %
Arreglo personal	11	22 %	39	78 %
Caminar en la habitación	0	0 %	50	100 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

De los 50 adultos mayores el 22% presentaron alguna dependencia para alguna actividad.

La tabla 11 muestra la dependencia de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son dependientes para vestirse el 10%, y en el arreglo personal el 22%, es importante resaltar que algunos adultos mayores son dependientes en dos o más actividades básicas de la vida diaria.

GRÁFICA 18. NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA CON LA ESCALA DE BARTHEL EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”



FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

El 46% tienen algún grado de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria

TABLA 12. GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA CON LA ESCALA DE BARTHEL EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

		fa	fr
Baño	Independiente	50	100 %
	Algún grado de dependencia	0	0 %
Vestido	Independiente	43	86 %
	Algún grado de dependencia	7	14 %
Aseo Personal	Independiente	45	90 %
	Algún grado de dependencia	5	10 %
Ir al sanitario	Independiente	48	96 %
	Algún grado de dependencia	2	4 %
Deambulaci3n	Independiente	48	96 %
	Algún grado de dependencia	2	4 %
Traslado sill3n- cama	Independiente	49	98 %
	Algún grado de dependencia	1	2 %
Escaleras	Independiente	38	76 %
	Algún grado de dependencia	12	24 %
Incontinencia urinaria	Independiente	31	62 %
	Incontinencia ocasional	17	34 %
	Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc.	1	2 %
	Incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical)	1	2 %
Incontinencia fecal	Independiente	47	94 %
	Incontinencia ocasional	3	6 %
Alimentaci3n	Independiente	46	92 %
	Algún grado de dependencia	4	8 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

La tabla 12 muestra algún grado de dependencia en los adultos mayores en las actividades básicas de la vida diaria para vestirse el 14%, en su aseo personal 10%, ir al sanitario 4%, para la deambulaci3n el 4%, para traslado sill3n – cama el 2%, para subir y bajar escaleras el 24%, tienen incontinencia urinaria (menos de 1/día) el 34%, incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc. el 2%, son incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical) el 2%, tiene incontinencia fecal ocasional (menos de 1/día) el 6%, en la alimentaci3n 8%.

TABLA 13. DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA CON LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

		fa	fr
Teléfono	Independiente	25	50 %
	Con asistencia	12	24 %
	Dependiente	13	26 %
Transporte	Independiente	29	58 %
	Con asistencia	15	30 %
	Dependiente	6	12 %
Compras	Independiente	32	64 %
	Con asistencia	16	32 %
	Dependiente	2	4 %
Preparación de alimentos	Independiente	34	68 %
	Con asistencia	15	30 %
	Dependiente	1	2 %
Quehaceres del hogar	Independiente	34	68 %
	Con asistencia	15	30 %
	Dependiente	1	2 %
Medicación	Independiente	36	72 %
	Con asistencia	14	28 %
	Dependiente	0	0 %
Manejo de dinero	Independiente	30	60 %
	Con asistencia	17	34 %
	Dependiente	3	6 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

De los 50 adultos mayores el 54% (n= 27) tiene algún grado de dependencia para las AIVD.

TABLA 14. DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA CON LA ESCALA DE ROSOW – BRESLAW EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL”

		fa	fr
Trabajo familiar pesado	La puede realizar sin ayuda	39	78 %
	Realiza algunas tareas o requiere ayuda	7	14 %
	No la puede realizar	4	8 %
Caminar un km	La puede realizar sin ayuda	37	74 %
	Realiza algunas tareas o requiere ayuda	11	22 %
	No la puede realizar	2	4 %
Subir y bajar escalera	La puede realizar sin ayuda	35	70 %
	Realiza algunas tareas o requiere ayuda	14	28 %
	No la puede realizar	1	2 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

De los 50 adultos mayores el 34%(n= 17) tiene algún grado de dependencia para actividades básicas en su hogar o comunidad.

TABLA 15. CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CON EL CUESTIONARIO DE NAGI EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CDC “NUEVA SAN MIGUEL

		fa	fr
Extender los brazos por debajo de los hombros (demostrativo)	Capaz de realizarla sin dificultad	44	88 %
	Capaz de realizarla con dificultad	6	12 %
	No la realiza	0	0 %
Extender los brazos por arriba de los hombros (demostrativo)	Capaz de realizarla sin dificultad	40	80 %
	Capaz de realizarla con dificultad	10	20 %
	No la realiza	0	0 %

Levantar objetos de un peso menor de 5 kg (Demostrativo, de 2 a 4 kg aproximadamente)	Capaz de realizarla sin dificultad	36	72 %
	Capaz de realizarla con dificultad	9	18 %
	No la realiza	5	10 %
Permanecer sentado por más de una hora (autoreporte , no es demostrativo)	Capaz de realizarla sin dificultad	44	88 %
	Capaz de realizarla con dificultad	5	10 %
	No la realiza	1	2 %
Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos(demostrativo)	Capaz de realizarla sin dificultad	43	86 %
	Capaz de realizarla con dificultad	6	12 %
	No la realiza	1	2 %
Permanecer parado por más de 15 minutos (autoreporte, no es demostrativo)	Capaz de realizarla sin dificultad	40	80 %
	Capaz de realizarla con dificultad	8	16 %
	No la realiza	2	4 %
Mover objetos grandes (autoreporte, no es demostrativo: sillas, muebles,cajas)	Capaz de realizarla sin dificultad	23	46 %
	Capaz de realizarla con dificultad	19	38 %
	No la realiza	8	16 %
Levantar objetos de un peso mayor de 5 kg (Demostrativo, máximo 10 kg)	Capaz de realizarla sin dificultad	21	42 %
	Capaz de realizarla con dificultad	10	20 %
	No la realiza	19	38 %
Encorvarse, agacharse y arrodillarse (Demostrativo, si no puede , no forzar ejecución)	Capaz de realizarla sin dificultad	21	42 %
	Capaz de realizarla con dificultad	25	50 %
	No la realiza	4	8 %

FUENTE: Cuestionario realizado a los adultos mayores que acudieron al CDC “Nueva San Miguel” de Junio 2018 a Enero 2019

El 60%(n= 30) tiene algún grado de dificultad para realizar actividades físicas.

VII. DISCUSIÓN

1. Edad

Nuestra población tiene una edad promedio de 68.9 años estudios similares realizados en México reportan los siguientes datos: Yáñez 2009 con 78.63 años, González 2009 con 72.46 años, Cortés 2011 con 70.40 años y Cervantes 2013 con 72.32 años.(17)(20)(44) (45)

El universo de estudio de estos autores y de la presente tesis corresponden en su mayoría a adultos mayores jóvenes que asistieron a la consulta externa en alguna unidad de salud, esto permite determinar que los adultos mayores jóvenes buscan atención a sus problemas de salud, está claro que a mayor edad menor es el porcentaje de llegar a un envejecimiento exitoso, pues del número de años que les resta por vivir es importante que lo hagan en las mejores condiciones, evitando complicaciones de las comorbilidades que puedan presentar.

2. Sexo

Respecto al sexo el 68% de nuestra población son mujeres, lo que concuerdan con lo reportado por la ENSANUT 2012 con 53.5%, al Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2000- 2001) en Ciudad de México con 59.3% y SABE 2012 Estado de México con 59%, cifras similares reportan Yáñez 2009 con 68%, González 2009 con 77.9%, Cortés 2011 con 57.1%, Cervantes 2013 con 63.3% y Bucella 2016 con 62%. (4)(17)(20)(44) (45)(48)(55)(56)

Está claro que las mujeres asisten más a la consulta médica y que los hombres adultos mayores no buscan ayuda médica pronto por temor a los prejuicios que establece la sociedad (57), por otro lado está el fenómeno conocido como feminización de la población de adultos mayores. La feminización de la vejez se mide a través de un indicador conocido

como índice de feminidad (IF), el cual es el cociente entre el número de mujeres sobre el número de hombres, multiplicado por 100, lo cual indicaría el número de mujeres por cada 100 hombres. De acuerdo a el CONAPO este índice es de 116.2 en 2010, y será de 116.2 en 2020, 115.9 para 2030.(5) En nuestra población es de 212.5.

Una de las causas de este fenómeno es que la mujer mexicana tiende a vivir más que los hombres. La diferencias de esperanza de vida entre mujeres y hombres en México responde a las características físicas, estilo de vida, a partir de los 20 años de edad, el número de mujeres rebasa el número de hombres, debido a que existe una sobre mortalidad masculina, consecuencia, en parte, a la exposición de los hombres a situaciones de riesgo (accidentes, lesiones o agresiones).(58)

3. Estado civil

Los resultado obtenidos en el rubro de estado civil, concuerdan con lo reportado por la ENSANUT 2012, en la encuesta intercensal 2015 y lo encontrado por Bucella 2016, esto es, el estado conyugal que predomina entre las personas adultas mayores es la unión en pareja, ya sea en matrimonio o unión libre con 58% seguidos de viudos 30%.(4)(48)(58)

Esto tiene explicación en que la mayoría de las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, y en menor medida se vuelven a casar. La familia tiene un papel importante en la salud del adulto mayor por lo que es importante identificar a las personas en situación de vulnerabilidad (aquellos que viven solos) ante cualquier situación que no puedan satisfacer por ellos mismos.

4. Nivel escolaridad

En nuestra población el promedio de números de años de escolaridad fue de 5.54 años cifras que concuerda con las cifras nacionales. El 6% son analfabetas, 8% no acudieron a la escuela pero saben leer y escribir y el 66 % tienen primaria completa o incompleta, esta última cifra es similar a la que reporta la encuesta SABE Estado de México 2012 (56) con 72.05%. Como se puede observar con estos porcentajes el nivel educativo de las personas mayores es bajo, porque la expansión del sistema educativo no benefició a estas generaciones.(58) Además de que la educación tiene una relación importante con la salud, pues a mayor nivel educativo mejor estado de salud y menor riesgo de discapacidad en los adultos mayores.(48)

5. Ocupación

De acuerdo a la ENSANUT 2012 el 39.4% se dedica a los quehaceres del hogar, 25.2% trabaja, 35.4% no trabaja (17% es jubilado, 9.4% tiene discapacidad, 9% no trabaja por otras razones). De acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES 2017) el 33.8% de los adultos mayores trabaja, el 36.1% se dedica a los quehaceres del hogar, 17.8% son pensionados y jubilados, el 1.4% son incapacitados permanentes, el 10.9 % realiza otras actividades pero no son económicamente activos. En González 2009 el 53.9% se dedica al hogar, 26% son pensionados o jubilados y el 20.1% es económicamente activo. En Cortés 2011 el 47.5% se dedica al hogar.(4)(20)(45)(58)

En nuestra población el 64% se dedica a los quehaceres del hogar, esto se podría explicar a que el 68% de nuestra población la mayoría son mujeres y realiza esta actividad, 18% son pensionados y jubilados cifra que se acerca a la nacional, 16% son económicamente activos, 2% realiza otras actividades pero no son económica activos, estas últimas dos

cifras no concuerdan con las cifras nacionales lo cual puede explicarse respecto al porcentaje de adultos mayores hombres.

En general los adultos mayores de Latinoamérica y el Caribe se ubican mayoritariamente dentro de la línea de pobreza. En el estudio SABE las tasa de los adultos mayores que trabajaban variaron en un rango de 40% a 80%.(48)

6. Servicios de salud

En nuestro estudio el 86% tiene derecho a recibir atención a la salud siendo las instituciones responsables en orden de cobertura IMSS, Seguro Popular, ISSSTE, Hospital Naval que concuerdan con lo reportado por la ENSANUT 2012 con 83.2% .(4) Este acceso al servicio de salud es fundamental en la vejez, ya que es cuando aparecen las enfermedades crónico degenerativas que requieren atención y vigilancia, además de medicamentos que deben administrarse de por vida.(5)

Sin embargo existe el 14% sin cobertura de atención a la salud, carecer de este derecho y de los recursos económicos son una gran desventaja pero no es significado de que el adulto mayor curse con sus patologías de manera descontrolada y con un envejecimiento usual, en mi experiencia personal una alternativa viable es la formación de grupos de apoyo donde los adultos mayores pueden auto ayudarse, es bien sabido que en las instituciones se les otorga gran cantidad de medicamentos, el adulto mayor al desconocer las indicaciones no los consume, por lo que el medicamento se les acumula, se propuso la creación de una farmacia comunitaria donde fui la persona capacitada y encargada de brindar la orientación y otorgar a los adultos mayores en esta condición el medicamento para el control de sus enfermedades.

7. Autopercepción del estado de salud

En cuanto a la autopercepción del estado de salud en nuestro estudio el 8% refiere que es excelente, 52% refiere que es buena, el 26% que es regular, el 12 % que es mala y el 2% que está muy mal estas cifras difieren al Estudio SABE 2000- 2001 ciudad de México que reporta autopercepción mala con 69.4 % mala y buena con 30.6%.(55) Una autopercepción adecuada permite una mejor satisfacción al estilo de vida y favorece un alta autoestima sin embargo es importante considerara a aquellos que la consideran mala debido a que es probable que no lleven a cabo estos estilos de vida adecuados y por lo tanto su calidad de vida sea baja. Esta autopercepción los adultos mayores pueden compararla con personas de la misma edad ya que permiten al individuo conocer su situación real, el 38% piensa que es mejor, el 42% dice que está igual y el 20% que es peor. La mayoría coincide que requieren de información a su alcance para mejorar más su estado de salud.

8. Comorbilidad

Respecto al número de comorbilidades, en el estudio SABE 2000 – 2001 Ciudad de México se describen los porcentaje de adultos mayores con 0 enfermedades 31.4%, una enfermedad 34.5%, 2 enfermedades 23%, 3 enfermedades 8.7%, 4 enfermedades 2.2%, 5 enfermedades 0.2%.(55)

En este estudio el 10% no tiene enfermedades, y el 90% tiene más de una enfermedad esto coincide con lo que menciona Mendoza 2013 donde el porcentaje de adultos mayores con envejecimiento exitoso es del 5 al 15% y del envejecimiento típico es del 80%. (15) Es necesario trabajar en programas de envejecimiento saludable para hacer que estos adultos mayores con patologías diversas conozcan estilos de vida saludable y sobre su padecimiento, además de poner la información necesaria a su alcance.

9. Morbilidad

En relación con los padecimientos crónico – degenerativos, existe similitud entre los resultados obtenidos en este estudio y lo reportado por diferentes autores, ubicando a la HAS como la de mayor prevalencia en este estudio con 48%, a nivel nacional con: 40% en la ENSANUT 2012 , 38.8% en la ENSANUT 2016, a nivel estatal con: 44.16% en la encuesta SABE Estado de México 2012; 43.1% en la encuesta SABE 2000- 2001 Ciudad de México, y un tanto por debajo del 55% de González 2009, y el 76% de Bucella 2016. (4) (45)(48)(55)(56)(58)

La segunda en este estudio fue Diabetes Mellitus tipo 2 con 32%, porcentaje un poco alto comparándola a nivel nacional con: 24.3% en la ENSANUT 2012, 27.4 % en la ENSANUT 2016; a nivel estatal con: 26.1% en la encuesta SABE Estado de México 2012; y similar con 31.7 % de González 2009.(4)(45)(56)(58)

La tercera causa con 26% son las enfermedades músculo – esqueléticas una cifra alta comparada con la encuesta SABE Estado de México 2012 con 12.8%, pero cifra similar a de González 2009 con 27%.(45)(56)

La cuarta causa fueron las enfermedades digestivas con 22% por lo que es importante hablar de las medidas higiénico – dietéticas y de estilos de vida saludable.

La hipercolesterolemia un 22% de los adultos mayores reportan padecerla, a nivel nacional en: ENSANUT 2012 con 20.4%, ENSANUT 2016 con 32.8%(4)(58); sin embargo las cifras pudieron haber sido más altas, entre las causas que refieren para no poderse realizar algún estudio de laboratorio están: falta de recursos económicos, no les mandan estudio de control en el sistema de salud, falta de conocimiento.

Las enfermedades cardiovasculares se encuentran en 6to lugar con 20% la cual es una cifra alta comparándola a nivel nacional con: 9.2% en la ENSANUT 2012, 6.3% en la

ENSANUT 2016; a nivel estatal con 4.6% en la encuesta SABE Estado de México 2012, pero es igual a la que reporta Bucella 2016 con 20%.(4)(48)(56)(58)

Las enfermedades respiratoria representaron el 4% cifra similar a la obtenida en la encuesta SABE Estado de México 2012 con el 3.1%.(56)

Estas comparaciones tienen como referencia estudios donde los adultos mayores auto – informaron sobre su enfermedad existiendo un sesgo sin embargo en este estudio se realizó además la evaluación clínica que confirmaron y detectaron estas enfermedades crónicas, además debido a la falta de acceso a los estudios de laboratorio y gabinete algunas patologías pasaron desapercibidas. En los hombres el diagnóstico es menor debido al descuido en la atención de su salud y de acudir al médico.(5)

La mayoría de los adultos mayores tienen el riesgo de sufrir una enfermedad incurable que no es transmisible y que deteriorará su salud en un periodo de tiempo por lo que el acceso a un sistema de salud es muy importante para el control de las mismas. Es importante mencionar que es a partir de una patología activa que asociado a factores sociales, individuales, y medioambientales determinan ya sea de manera positiva o negativa el progreso a las diferentes etapas de dificultad funcional del adulto mayor; siendo la primera etapa una deficiencia o impedimento (donde un órgano o parte del cuerpo se encuentra afectado), la segunda etapa es la limitación funcional, y la tercera es la discapacidad (consecuencias que vive una persona debido a una deficiencia) o dependencia funcional. También se considera discapacidad cuando derivado de los problemas de salud la persona tiene dificultades en realizar las Actividades Básicas de la vida diaria y en la participación social de su ocupación, trabajo y recreación.(6)

Mejorar los estilos de vida y detectar los factores de riesgo es parte de las acciones que se deben llevar a cabo para promover un envejecimiento saludable en la población adulta mayor lo que significará evitar la reducción de vida saludable, la discapacidad y de las muertes que generan estas enfermedades.

10. Polifarmacia

Se encontró que el 34% de los adultos mayores consumen más de 5 medicamentos durante el día y aunque difiere a la prevalencia que reporta Cervantes 2013 con 54.7% y Bucella 2016 con 38%.(44)(48) Preocupa la alta prevalencia de polifarmacia, provocando mayor riesgo de efectos adversos, iatrogenia, incremento de ingresos hospitalarios y mayor consumo de recursos económicos.(59)

11. Riesgo de caída

En este estudio el 30% tiene un riesgo moderado y el 16% un riesgo alto de caídas este último porcentaje es menor al que reporta González 2009 con 30%.(45)

Es necesario crear programas de intervención para evitar el riesgo de caídas; pues los resultados de los siguiente estudios así lo confirman: De acuerdo a la encuesta SABE Estado de México 2012. El 25.7% refirió haber presentado una caída que aumenta conforme avanza la edad siendo 17.8% en hombres y 27.7% en mujeres. De acuerdo a Manrique 2013 el 34.9 % sufrió al menos una caída en el último año. Cortés 2011 menciona que el 51.1% de los adultos mayores sufrieron una caída en el último año y dificultad para caminar.(20)(56)(58)

El síndrome de caídas constituye uno de los síndromes geriátricos que comúnmente se asocia a pérdida de la funcionalidad y mortalidad. Es importante evaluar a través de la escala de Tinetti el equilibrio y la marcha para determinar el riesgo, el adulto mayor con mayor frecuencia sufrirá una caída en el medio donde desarrolle sus actividades en ocasiones es evitable por lo que es importante reconocer los factores de riesgo y tener medidas de seguridad en el hogar pues es donde el adulto mayor esta la mayor parte del tiempo.

12. Evaluación Nutricional

Los resultados obtenidos respecto al índice de masa corporal el 26% tiene sobrepeso, y el 20% cursa con obesidad es importante considerar que los puntos de corte que se aplicó en esta tesis son a partir de una investigación que considera una nueva escala por los cambios físicos normales en el envejecimiento.

El sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para resistencia a la insulina, síndrome metabólico, diabetes y las enfermedades cardiovasculares, pero la obesidad aumenta el riesgo de discapacidad y mortalidad en adultos mayores y su incidencia y prevalencia en Latinoamérica y el Caribe preocupa a investigadores.(48)

En contraste de nuestra población el 14% tiene riesgo nutricional y el 8% una desnutrición calórica proteica, al relacionarlo con los datos antropométricos, se encontró asociación entre las mismas, reforzando la importancia de los instrumentos para una adecuada valoración nutricional y detectar antes de que aparezcan las alteraciones clínicas.

Un estado nutricional alterado es un factor de riesgo en los ancianos que se asocia a enfermedades. Se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos.(1)

13. Estado de Salud oral

De acuerdo a resultados de la encuesta SABE Estado de México 2012. El 7.8% presenta dificultad para comer por problemas dentales. En nuestra población el 64% de los adultos mayores tiene una mala salud oral es importante mejorar esta condición ya que repercute en la alimentación, autoestima, depresión, angustia y en la salud.(56)

14. Trastornos del sueño

Durante el envejecimiento se modifica la arquitectura del sueño, el adulto mayor al desconocer dichos cambio tiene una percepción de que no duerme lo suficiente el 56% de los adultos mayores cursa con insomnio es necesario hablar sobre higiene del sueño para mejorar esta condición ya que repercute en las actividades que realiza el adulto durante el día. El 8% de los adultos mayores tiene somnolencia cifra menor a la que reporta Tello 2009 con 38.4%, y Duran 2015 con 27.3%. En esta población a pesar de que el adulto mayor no logra dormir adecuadamente su sueño es restaurador ya que no repercute para dormir en situaciones específicas de la vida cotidiana.(46)(47)

15. Deterioro cognitivo

Para determinar el deterioro cognitivo en este estudio existieron dos clasificaciones una fue por escolaridad y edad donde el 34% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo cifras similares a las que reporta Cervantes y Yañez y en la otra fue por rangos de años de escolaridad y a la media de normalidad donde el 18% presento deterioro cognitivo cifra similar a la obtenida por González y Cortés.(17)(20)(44)(45)

Existen diferencias en los reportes de los diferentes autores, lo que bien pudiera estar dado por el tipo de población de estudio, y/o por el método diagnóstico utilizado, lo que ya ha

sido puesto de manifiesto por otros investigadores, pero más claro resulta que los porcentajes de prevalencia para todos los casos resultan por demás significativos, lo que hace relevante el papel de la VGI, que favorece la búsqueda intencionada de estos Síndromes.(45)

Es importante que en México se realicen más estudios con el instrumento Mini Examen del Estado Mental de Folstein que permitan determinar los puntos de corte adecuados para la población Mexicana; si bien es una prueba de tamizaje ayudaría al personal no médico para poder establecer este diagnóstico probable de deterioro cognitivo de manera más exacta. En el envejecimiento el estado cognitivo existe una disminución de las respuestas intelectuales y la capacidad de razonamiento, disminución en el análisis e integración de la información sensorial, provocando disminución en la memoria a corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje, la edad es un factor de riesgo para este deterioro cognitivo, su prevalencia se duplica cada 5 años después de los 65 años, en los mayores de 85 años de edad alcanza una prevalencia de 20 a 50%.El deterioro cognitivo significa obstrucciones a la funcionalidad, aun en etapas tempranas.(5)(20)

16. Depresión

La frecuencia de síntomas depresivos fue de 44% porcentaje que resulta alto para la población adulta mayor. Aún no existen datos concluyentes para conocer la prevalencia a nivel nacional sin embargo se han realizado investigaciones para conocer la prevalencia de síntomas depresivos y sus factores de riesgo.(60)

El porcentaje obtenido en esta tesis concuerda con lo reportado por Yáñez 2009, pero es mayor a el Estudio (SABE 2000- 2001), ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y la encuesta SABE Estado de México 2012, Cortés 2011, Cervantes 2013, Bucella 2016, y menor a

González 2009. Sería necesario realizar estudios similares en México, en poblaciones parecidas al Municipio de Chalco.(4)(5)(17)(20)(44)(45)(48)(55)(56)(58)

Entre los factores de riesgo que explican dicho porcentaje se encuentra que los síntomas depresivos son más comunes en las mujeres, la baja escolaridad, el vivir en soledad, además lo que refieren los pacientes: “problemas en casa, descuido de su estado de salud y la falta de recursos económicos”.(60)

Se ha demostrado que los adultos mayores que cursan con depresión tienen peor pronóstico en múltiples patologías y su recuperación es más lenta tras la enfermedad aguda incapacitante, actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del adulto mayor. (21)(37)

17. Autoestima

El proceso normal de envejecimiento trae consigo diversos cambios que trascienden en todas las esferas del adulto mayor transformando su propia imagen. La sociedad juega un papel fundamental que interviene en la actitud, comportamiento y autoestima.

En nuestro estudio se encontró que el 8% tiene autoestima baja y el 32% autoestima media estos adultos mayores tienden a la necesidad de sentirse aprobados por los demás, tienen más inseguridades al enfrentar los retos de la vida, se sienten inferiores, incompetentes y manifiestan miedos. Es importante trabajar y aumentar la autoestima de los adultos mayores en los grupos sociales a los que pertenecen pues esto favorecerá a un sentido de pertenencia y construirá una adecuada identidad social. El adulto mayor al tener un alta autoestima trabajara en sus metas y objetivos con una postura consciente y responsable, enfrentará los retos y sentimientos hacia los demás, su actitud será positiva, confiara en sus

capacidades y aceptará sus virtudes y defectos teniendo repercusión en su estado de salud favorable adoptando hábitos saludables de vida.(38)

18. Redes de apoyo social

No es fácil que las personas consigan el sostén que pudieran necesitar ante situaciones específicas. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) las personas mayores, y en mayor medida las mujeres que los hombres, perciben gran dificultad e incluso imposibilidad de conseguir ayuda de redes familiares o sociales.(58)

Las personas de 60 años y más consideran más difícil conseguir ayuda para que las acompañen a recibir atención médica que personas de otros grupos etarios por ello la importancia de la creación de jornadas Geronto – geriátricas para acercar un servicio de salud a los adultos mayores.(58); Cervantes 2013 menciona que el 75.7 % de los adultos mayores tienen algún grado de deterioro en su red de recursos sociales.(44)

En este estudio respecto a los apoyos sociales los adultos mayores tienen más contacto y están más satisfechos en primer lugar con su red extrafamiliar, le sigue su red familiar y finalmente su red institucional.

Esto nos permite entender que las redes sociales extrafamiliares son importantes en la salud del adulto mayor y se sienten más apoyados por personas de su misma edad.

La magnitud de contactos sociales y comunitarios se refiere a la frecuencia con que interactúa con la red de apoyo (cónyuge, hijos, familiares, amigos, apoyo comunitario, institucional) la cual es del 48.32% por lo que es necesario detectar de manera oportuna las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor para que en caso de enfermedad el adulto mayor tenga el conocimiento a quien recurrir.

La magnitud de apoyos sociales se refiere a los tipos de apoyo (emocional, instrumental, material e informativo) que le proporcionan la red familiar, extrafamiliar e institucional siendo del 56.78%, por lo que es necesario la implementación de actividades y programas que fomenten la participación de toda la sociedad y elimine los prejuicios y estereotipos hacia los adultos mayores pues representan un capital social importante.

Respecto al grado de satisfacción con los tipos de apoyo que recibe de la red familiar, extrafamiliar e institucional alcanza un porcentaje del 32.92%, esto es, los adultos mayores consideran que no están satisfechos con los apoyos que reciben.

Finalmente el apoyo social global que perciben es del 40.18%.

Contar con un soporte social influye de manera positiva en el bienestar y satisfacción, permitiendo una autopercepción favorable del estado de salud por lo que es necesario implementar medidas para mejorar la inclusión y autonomía de los adultos mayores. (40)

Hay que crear una cultura de prevención y de cuidados integrales basada en los derechos de las personas mayores lo que les procurara un envejecimiento activo y saludable.

19. Calidad de vida

Respecto al grado de satisfacción de la calidad de vida en los adultos mayores se obtuvo que de menor a mayor grado lo siguiente:

Medio ambiente < Relaciones sociales < Salud física < aspectos psicológicos

El conocer las dimensiones que más afectan la calidad de vida de las personas reorienta las acciones para lograr un envejecimiento saludable en los adultos mayores. En materia de medio ambiente es necesario que las políticas del municipio mejoren la seguridad, los espacios y servicios públicos, así como implementar actividades y talleres que ayuden y

beneficien a los adultos mayores a obtener los recursos económicos para mejorar su calidad de vida, además de crear talleres y jornadas sobre envejecimiento saludable.

Por la trayectoria de vida, las diferencias personales y expectativas los adultos mayores pueden percibir una calidad de vida diferente lo que determinará como le harán frente a las situaciones que puedan venir.(41)

20. Funcionalidad

En este estudio con el índice de Katz el 22% tiene algún grado de dependencia cifra similar a la que reporta ENSANUT 2012, así como Yañez 2009 y González 2009.(4)(17)(58)

Obteniendo en esta tesis el 10% con algún grado de dependencia para vestirse, cifra ligeramente más baja a la obtenida en ENSANUT 2012, y el 22% en el arreglo personal. (4)(58)

Con la escala de Barthel el 46% tienen algún grado de dependencia cifra un poco más alta a la obtenida por Cortés 2011.(20)

En este estudio tienen algún grado de dependencia para subir y bajar escaleras 24%, vestirse el 14%, aseo personal el 10%, para alimentación 8%, ir al sanitario 4%, deambulación 4%, traslado sillón – cama 2%. Incontinencia urinaria 34% cifra más elevada a la que reporta la encuesta SABE Estado de México 2012 donde 18.8% de los adultos mayores refiere haberla presentado. El 2% tiene incontinencia fecal cifra más baja a la que reporta la encuesta SABE Estado de México 2012 donde el 3.2% refiere padecerla.(56)

La incontinencia urinaria y fecal puede predisponer a infecciones, alterar actividades sociales y generar problemas económicos, personales y familiares.(44)

Para evaluar las AIVD se utilizó la escala de Lawton y Brody donde el 54% tiene algún grado de dependencia para las AIVD cifra similar a la que reporta Yañez 2009, pero más

altas a las reportadas en la encuesta ENSANUT 2012, SABE Estado de México 2012, y SABE 2000- 2001 en la ciudad de México González 2009, así como Cervantes 2013 y Bucella 2016.(4)(17)(44)(45)(48)(55)(56)(58)

En este estudio el 26% es incapaz de usar el teléfono, 12% es incapaz de viajar en autobús o taxi, el 6% es incapaz de manejar su dinero cifra más baja reportada por ENSANUT 2012 con 9.9%, 4% es incapaz de realizar sus compras, cifra más baja a ENSANUT 2012 con 17.1%, el 2% es incapaz de preparar cualquier alimento cifra más baja a ENSANUT 2012 con 10.6%, el 2% es incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar.

Es importante detectar la pérdida de funcionalidad en la AIVD ya que nos permite incidir para evitar que estas progresen, pues primero se pierden las capacidades de realizar actividades complejas que las simples.

Para evaluar la dependencia para actividades físicas en el hogar o comunidad se utilizó la escala de Rosow Breslaw donde el 34 % tiene algún grado de dependencia ; y con el cuestionario de Nagi el 60% tiene algún grado de dificultad para realizar actividades físicas. Esto demuestra que es necesario implementar actividades como el ejercicio para incrementar la fuerza y evitar que el individuo empiece a dejar de realizar las actividades por falta de fuerza física.

La deficiencia en la realización de estas actividades genera aislamiento, depresión y aumenta el porcentaje de discapacidad conforme aumenta la edad. La conservación de un buen estado funcional depende en mucho que el adulto mayor esté integrado como parte activa de la sociedad y conserve su salud y bienestar. (5)(56)

El identificar la naturaleza y el nivel de ayuda necesario para realizar tareas específicas ya que puede evolucionar en el futuro hacia un mayor deterioro y dependencia, incluso para las ABVD que complementando con la valoración social y ambiental posibilita poner en marcha un plan de cuidados.(19)

VIII. CONCLUSIONES

La evaluación Geronto – geriátrica reconoció los aspectos negativos y positivos de la salud de las personas mayores que permitirá prevenir y tratar las patologías de manera oportuna, rehabilitar las discapacidades, impulsar un envejecimiento activo y saludable para este llegue a viejo - viejo en las mejores condiciones y una mejor calidad de vida.



Los resultados obtenidos en este trabajo remarcan la importancia del diagnóstico oportuno de estos síndromes geriátricos por el médico a través de la EGI, para prevenir las complicaciones que de ellos se derivan y son una fuente de información que podrá ser en un futuro un marco de referencia y un área de oportunidad para proponer programas de prevención en salud que propicien mejor calidad de vida y salud para el adulto mayor.

Envejecer no significa ser decadente y enfermizo envejecer es la oportunidad para llevar una etapa donde se puede estar sano ya sea cursando con enfermedades crónicas no terminales, pero controladas.

Para que el adulto mayor tenga un buen estado de salud, bienestar, y calidad de vida es necesario brindar el conocimiento sobre los aspectos biológico, psicológicos, sociales del envejecimiento a través de cursos y talleres sobre el proceso normal del envejecimiento, patologías, estilos de vida saludable, para que lleven un envejecimiento activo y saludable.



Lograr que un adulto mayor logre un empoderamiento permitirá que se responsabilice de su estado de salud, adquiera una identidad que le permita recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo con otros adultos mayores.

Los grupos de apoyo comunitario son una red de apoyo social sólida permitirá a los adultos mayores con la ayuda, orientación y supervisión de una persona con objetivos claros a auto-cuidarse, auto-ayudarse, y auto-gestionarse utilizando de manera óptima los recursos que tiene a su alcance.



Los resultados de esta investigación constituyen un material fundamental en la construcción de políticas públicas para que los adultos mayores puedan ser vistos y oídos y puedan revelar mediante la palabra y la acción quienes son.



IX. PERSPECTIVAS

Esta tesis tiene una gran importancia porque representa la primera evaluación Geronto – geriátrica en el Municipio de Chalco, donde se exponen los principales problemas de salud en los dominios físico, mental, social y funcional, lo cual permitirá implementar propuestas de intervención para prevenir, controlar, o retrasar la enfermedad, discapacidad y dependencias de manera oportuna; es necesaria la participación razonada de la sociedad (gobierno, instituciones, familia, comunidad y del principal protagonista el adulto mayor).

El tema del envejecimiento es un fenómeno de gran trascendencia por lo que es importante incluir en el plan de estudios en la carrera de Médico Cirujano un módulo dedicado a ello.

Los profesionales que están en contacto con los adultos mayores deben conocer los cambios inherentes a la edad para diferenciar lo normal de lo patológico así como el empleo de la evaluación Geronto – geriátrica permitirá medir la salud en el adulto mayor.

Se deben promover en el municipio de Chalco jornadas médicas Gerontológicas con un equipo multidisciplinario (médico, odontólogo, psicólogo, trabajo social, optometristas, enfermeros) pues es necesario identificar y conocer el estado de salud de todos los adultos mayores, llevar la atención a la población de adultos mayores más vulnerable del municipio e identificar a aquellos que requieran una atención más especializada para poder canalizar a los Geriatras esto se puede lograr con ayuda de Desarrollo Social del Municipio de Chalco o el DIF, el medio ideal por el cual se debe abordar esta evaluación Geronto – geriátrica es “el envejecimiento activo” (proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen) en las tres dimensiones como paradigma, marco político y como programa de intervención.

Se participó el 26 de Febrero del año 2019 en el foro de consulta ciudadana para la formulación del Plan de Desarrollo Municipal 2019- 2021 en el pilar 1 Social: municipio socialmente responsable, solidario e incluyente con el tema 1.1: Población y su evolución sociodemográfica y el tema 1.3: Salud y bienestar incluyente. Organizado por José Miguel Gutiérrez Morales (Presidente Municipal de Chalco 2019 -2021)



Durante el Foro se habla con Miguel Ángel Silva Cruz (Director de Bienestar Social 2019 – 2021 gobierno de Chalco) sobre el envejecimiento en el municipio de Chalco, las necesidades de salud de los adultos mayores, la promoción de un envejecimiento saludable, la importancia de jornadas médico gerontológicas con un equipo multidisciplinario y la viabilidad para poder realizarlo.



Posteriormente se espera que la Tesis sea un marco de referencia y una oportunidad para elaborar una agenda que incorpore al envejecimiento en el diseño de nuevas políticas para la inclusión social, reducción de la pobreza y desigualdad en los adultos mayores en el municipio de Chalco.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Sanchoyerto López R, Cervantes Ramos M del C. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. En: Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2014 [citado 13 de marzo de 2019]. p. 34-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=477347195007>
2. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. En: Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 21 de marzo de 2019]. p. 288-94. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008001000010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Rodriguez Rodriguez JR, Zas Tabares V, Leyva Salermo B, Hierrezuelo S. Valoración geriátrica integral como componente básico en la aplicación del método clínico en adultos mayores. En Cuba: GerolInfo; 2011 [citado 21 de marzo de 2019]. p. 1-12. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2011/11/metodo-clinico-publicacion.pdf>
4. Manrique Espinoza B, Salinas Rodríguez A, Margarita Moreno-Tamayo K. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. En México: Salud Pública de México; 2013 [citado 16 de marzo de 2019]. p. 323-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es
5. CONAPO. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México [Internet]. México; 2011 [citado 13 de marzo de 2019]. 72 p. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/publicaciones/diagn%C3%B3stico-socio-demogr%C3%A1fico-del-envejecimiento-en-m%C3%A9xico>
6. López Ortega M. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. En: Gutiérrez Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D, coordinadores Envejecimiento y salud una propuesta para un plan de acción. 2da ed. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México : Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátrica; 2013. p. 215-27.
7. Mendoza Nuñez VM. Diversidad al envejecer. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello GA, Chávez Medina H, Hernández Martínez MA. Práctica de la geriatría. 3ra. México: McGraw Hill; 2012. p. 667-74.
8. Geografía (INEGI). Banco de indicadores [Internet]. 1998 [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/#divFV1002000007>
9. Encuesta, Intercensal, 2015 [Internet]. [citado 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

10. Denisse González K. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En: CONAPO La situación demográfica de México 2015 [Internet]. México; 2015 [citado 25 de marzo de 2018]. p. 113-30. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153182/La_Situacion_Demografica_de_Mexico.pdf
11. Plan Municipal de Desarrollo Urbano de Chalco Estado de México [Internet]. México; 2014 [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en: http://seduv.edomexico.gob.mx/planes_municipales/chalco/PMDUChalco14.pdf
12. Población por municipio 2015 [Internet]. Consejo Estatal de Población. Secretaría General de Gobierno. [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: http://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal
13. Alvarado García AM, Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. En: Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 13 de marzo de 2019]. p. 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML. Modelo de Envejecimiento Activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 2da edición. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México : Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátrica; 2013. p. 261-77.
15. Mendoza Núñez VM. Envejecimiento y vejez. En: Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas Guadarrama LA Envejecimiento activo y saludable Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: UNAM ,FES ZARAGOZA; 2013. p. 23-36.
16. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. En México: CENETEC; 2018. Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-190-18/ER.pdf>
17. Yáñez Luis JA, Fernández Guzmán MP, Rico Jaime VM. Características clinimétricas en adultos mayores consultados en la Especialidad de Geriátrica de la Unidad de Especialidades Médicas. En: Revista de Sanidad Militar [Internet]. 2009 [citado 25 de marzo de 2019]. p. 156-77. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38161>
18. Gálves Cano M, Chávez Jimeno H, Aliaga Diaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. En Perú: Rev Peru Med Exp Salud Pública; 2016 [citado 25 de marzo de 2019]. p. 321-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200018
19. J. Pérez del Molino M, Sanz - Aranguez Ávila MJ, Moya López MJ. Valoración Geriátrica: Conceptos generales. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrossa R Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da edición. España: ELSEVIER; 2008. p. 207-31.

20. Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. En Chile: Rev Med Chile 2011; 2011 [citado 21 de marzo de 2019]. p. 725-31. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872011000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Domínguez Ardila A, García Manrique JG. Valoración geriátrica integral. En: Atención Familiar [Internet]. Colombia; 2014 [citado 13 de marzo de 2019]. p. 20-3. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300062>
22. Arronte Rosales A, Beltrán Castillo N, Correa Muñoz E, Martínez Maldonado ML, Mendoza Nuñez VM, Rosado Pérez J, et al. Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. 2da ed. México: UNAM ,FES ZARAGOZA; 164 p.
23. Valoración Geronto - Geriátrica Integral en el Adulto Mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. En México: CENETEC; 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
24. Manejo de los Síndromes geriátricos asociados a complicaciones postoperatorias. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. En México: CENETEC; 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/612GER.pdf>
25. Rodríguez Guevara C, Helena Lugo L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. En Colombia: ELSEVIER; 2012 [citado 4 de abril de 2019]. p. 218-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-validez-confiabilidad-escala-tinetti-poblacion-S0121812312700178>
26. Conroy Ferreccio G. Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos mayores [Internet]. 2017 [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100035
27. Montes Cruz C, Juárez Cedillo T, Cárdenas Bahena A, Rabay Gánem C, Heredia Ponce E, García Peña C, et al. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. En: Revista odontológica mexicana [Internet]. 2014 [citado 5 de abril de 2019]. p. 111-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Díaz Cárdenas S, Simancas Pallares M. Propiedades psicométricas de la versión en español del Índice General De Valoración de Salud Bucal [GOHAI] en pacientes adultos de Cartagena (Colombia). En: Salud Uninorte [Internet]. 2017 [citado 5 de abril de 2019]. p. 393-404. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9264/10887>
29. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en ancianos. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. En CENETEC; 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/492GRR.pdf>

30. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. En 2018 [citado 4 de abril de 2018]. p. 33-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
31. Amor Andrés S, Martín Correa E. Deterioro cognitivo leve. En: Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. España: IM&C. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006 [citado 5 de abril de 2019]. p. 169-72. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2016_II.pdf
32. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida. En México: CENETEC; 2012 [citado 5 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
33. Eshkoor SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. Mild cognitive impairment and its management in older people. En: Clinical Interventions in Aging [Internet]. 2015 [citado 16 de marzo de 2019]. p. 687-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401355/>
34. Alicia Arronte Rosales. Depresión. En: Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas Guadarrama LA Envejecimiento Activo y saludable Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: UNAM, FES Zaragoza; 2013.
35. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. En: Revista de la Facultad de Medicina (México) [Internet]. 2017 [citado 4 de abril de 2019]. p. 38-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422017000300038&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. En México: CENETEC; 2011 [citado 5 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
37. M.C. Macías Montero, Guerrero Díaz MT, Hernández Jiménez V. Valoración Mental. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrossa R Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da edición. España: ELSEVIER; p. 245-60.
38. Alicia Arronte Rosales. Autoestima. En: Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas Guadarrama LA. Envejecimiento Activo y saludable Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: UNAM, FES Zaragoza; 2013. p. 411-24.
39. de León Ricardi CA, García Méndez M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. En México: Ciencias Psicológicas. UNAM; 2016 [citado 5 de abril de 2019]. p. 119-27. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212016000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Torres González M, Marcos García M. Valoración Social. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrossa R Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da edición. España: ELSEVIER; 2008. p. 261-72.

41. Pérez del Molino Martín J, Pérez del Molino Martín F, Ortiz García N, Carbajo Martínez MA. Otras dimensiones de la valoración geriátrica: Valoración de la calidad de vida y de la sobrecarga del cuidador. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrossa R Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da edición. España: ELSEVIER; 2008. p. 287-96.
42. Bravo Fernández de Araoz G. Valoración Funcional. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrossa R Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da edición. España: ELSEVIER; 2008. p. 233-44.
43. González Domínguez R, Castillo Feliciano LM, González Pedraza A. Valoración gerontogeriátrica integral: comparación diagnóstica entre el módulo gerontológico y la consulta externa. En: Atención Familiar [Internet]. 2014 [citado 13 de marzo de 2019]. p. 2-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300025>
44. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. En: Atención Primaria [Internet]. 2015 [citado 13 de marzo de 2019]. p. 329-35. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
45. González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y. Evaluación Geriátrica Integral en pacientes de una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. En México: Archivos en Medicina Familiar; 2010 [citado 25 de marzo de 2019]. p. 11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101b.pdf>
46. Tello Rodriguez T, Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra PJ, Chávez Jimeno H, Revoredo Gonzáles C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. En: Acta Médica Peruana [Internet]. 2009 [citado 4 de abril de 2019]. p. 22-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
47. Durán Agüero S, Sánchez Reyes H, Díaz Narváez V, Araya Pérez M. Factores asociados a la somnolencia diurna en adultos mayores chilenos. En: Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2015 [citado 5 de abril de 2019]. p. 270-3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15000335>
48. Buccella S, Brandi R. Evaluación geriátrica integral: propuesta de un modelo de autonotificación del estado de salud. En: Salus [Internet]. Venezuela; 2016 [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=375949531006>
49. Varela Pinedo LF, Della Pina AS, Chávez Jimeno H, Chigne Verástegui O. Valoración Geriátrica integral: Propuesta de addendum a la historia clínica [Internet]. 2000 [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2000/mayjun00/135-147.html>
50. Osorno Covarrunias J L. Proyecto de diagnóstico de salud. En: Modelo de salud comunitaria Fundamentos teóricos metodológicos. México: UNAM ,FES ZARAGOZA; 2011. p. 124.

51. Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Resumen de evidencias y Recomendaciones. Guía de práctica clínica. En México: CENETEC; 2008 [citado 8 de abril de 2019]. p. 8. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf
52. Evaluación y Manejo Nutricional en el Anciano Hospitalizado. Guia de Referencia Rápida. En México: CENETEC; 2012 [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/553_GPC_Nutricixnena_dultomayor/GRR_EvaluacionNutricionalAncianoHospitalizado.pdf
53. Rosales Mayor E, De castro Mujica JR. Somnolencia: Qué es, qué la causa y cómo se mide. En Perú: Acta Med Per; [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000200010
54. Declaracion Helsinki 2013 [Internet]. [citado 21 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
55. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. En: Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. Rev Panam Salud Publica; 2005 [citado 27 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento SABE Estado de México [Internet]. México: CENAPRECE. Secretaria de Salud; 2012 [citado 10 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_EdoMex.pdf
57. Castañeda Abascal IE, Ramírez Macías MF. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. septiembre de 2013;29(3):281-96.
58. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. En 2018 [citado 10 de abril de 2019]. p. 40. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Boletin_PAM.pdf
59. Fernández Regueiro R, Fonseca Aizpuru E, López Colina G, Álvarez Uría A, Rodríguez Ávila E, Morís De La Tassa J. Prescripción inadecuada y efectos adversos a medicamentos en pacientes de edad avanzada. En: Revista Clínica Española [Internet]. 2011 [citado 25 de marzo de 2019]. p. 400-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/68444>
60. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazarán KA. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Am Lat Hoy Rev Cienc Soc. 21 de diciembre de 2015;71(0):103.

XI. ANEXOS



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD *

Folio: _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

2. Sexo M F 3. Lugar de nacimiento: _____

4. Estado Civil: _____ 5. Religión: _____

6. Lugar de residencia en los últimos 5 años (marque con una X la opción):
 Urbano Suburbano Rural Cd. de México

Especifique el lugar: _____

¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? _____ años.

7. Escolaridad

- Ninguna
- Sabe leer y escribir
- Primaria completa o incompleta
- Secundaria completa o incompleta
- Bachillerato completo o incompleto
- Carrera técnica completa o incompleta
- Estudios de licenciatura incompletos
- Estudios de licenciatura completos

Número de años de escolaridad _____

8. Ocupación(es) anterior(es): _____
 Especificar _____
 Por más de 5 años

9. Ocupación(es) actual(es): _____
 Por más de 2 años

10. ¿Con quién vive?

- Solo
- Esposo(a)
- Hijo(a)(s)
- Nieto(a)(s)
- Otros familiares. Especifique: _____
- Amigos
- Otros, especifique: _____

*Instrumento desarrollado y validado por consenso en la Unidad de Investigación en Gerontología.

11. ¿Con cuántas personas vive?: _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12. Fuentes de ingreso económico:

- Aún trabaja
- Apoyo del esposo(a)
- Pensión de jubilación
- Pensión de invalidez
- Pensión de viudez
- Apoyo familiar
- Otros

13. Ingreso económico familiar mensual: \$ _____

III. ASPECTOS DE SALUD

14. ¿Tiene alguna(s) enfermedad(es) actualmente? SÍ NO

Si su respuesta es Sí, especifique el tiempo de diagnóstico en años o meses

- Diabetes mellitus (tiempo de diagnóstico) _____
- Hipertensión arterial (tiempo de diagnóstico) _____
- Cardiopatía (tiempo de diagnóstico) _____
- Trastornos articulares (tiempo de diagnóstico) _____
- Otros, especifique diagnóstico y tiempo _____

15. ¿Actualmente consume algún medicamento por largos periodos por alguna enfermedad crónica? (Considerar laxantes, antiácidos, vitamínicos específicos, homeopáticos y herbolaria). (Especificar el número de semanas, meses o años que lleva consumiéndolos en la columna Tiempo de consumo)

Medicamento	Indicado para	Dosis	Indicado por	Tiempo de consumo

16. De acuerdo con la respuesta anterior ¿existe polifarmacia (consume 5 o más medicamentos al día por más de un mes)? SI NO

17. ¿En los últimos doce meses ha tenido diagnósticos nuevos (Incluyendo padecimientos crónicos, agudos y hospitalizaciones)?

SI NO

En caso afirmativo anótelos en los siguientes renglones.

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente Bueno Regular Malo Muy malo

19. ¿Cómo consideraría su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Mejor Igual Peor

Observaciones: _____

Evaluator(a): _____

Supervisor(a): _____

Fecha de aplicación: _____ (día/mes/año)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * ZARAGOZA *
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
 ESCALA DE TINETTI MODIFICADA¹

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

1. EQUILIBRIO. PUNTUACIÓN MÁXIMA 16

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o un bastón u otro soporte	1
Estable sin usar bastón u otros soportes por 10 segundos, no requiere ayudas	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces (sin prevenirlo). Asegúrese que un evaluador esté detrás de la persona para evitar caída.	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición del punto 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados sobre su propio eje	
Pasos discontinuos	0
Continuos.	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

¹ Fuente: Tinetti ME. J Am Geriatr Soc 1986; 34(2):119-126.

2. MARCHA. PUNTUACIÓN MÁXIMA 12

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho, se separa completamente del suelo	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa al pie derecho, con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidéz del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balaceo marcado o usa ayudas	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se flexiona, ni utiliza otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

Puntaje obtenido en equilibrio: _____

Puntaje obtenido en marcha: _____

Puntaje total: _____

Marque con una X el diagnóstico probable:

- 25-28 puntos = Riesgo bajo
 19-24 puntos = Riesgo moderado
 Menos de 18 puntos = Alto riesgo de caídas

Observaciones: _____

Evaluadores: _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES *ZARAGOZA*
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

Folio: _____

MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA) MODIFICADO*

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Peso(kg): _____ Estatura(cm): _____ Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

A. ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar?

- 0 = pérdida severa de apetito
- 1 = pérdida moderada de apetito
- 2 = no ha perdido el apetito

B. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses

- 0 = peso perdido mayor de 3 kg
- 1 = no sabe
- 2 = peso perdido entre 1 y 3 kg
- 3 = no ha perdido peso

C. Movilidad

- 0 = limitado a una silla o cama
- 1 = se mueve de la cama/silla pero no sale
- 2 = puede salir

D. En los pasados tres meses ¿ha sufrido de angustia, nerviosismo o alguna enfermedad aguda?

- 0 = sí
- 2 = no

E. Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión severa
- 1 = demencia moderada
- 2 = sin problemas psicológicos

F. IMC (peso / [estatura]² en kg/m²)

- 0 = IMC menor de 19
- 1 = IMC de 19 a 20
- 2 = IMC 21 a 22
- 3 = IMC de 23 y más

G. ¿Tiene vida independiente?

- 0 = no
- 1 = sí

H. ¿Toma más de tres medicamentos (por día)?

- 0 = sí
- 1 = no

I. Úlceras en la piel por presión

- 0 = sí
- 1 = no

J. ¿Cuántas comidas completas hace al día?

- 0 = 1 comida
- 1 = 2 comidas
- 2 = 3 comidas

K. ¿Qué consume?

- Al menos una porción de leche, queso, yogur por día?

- sí
- no

- Dos o más porciones de frijoles o huevos por semana?

- sí
- no

- Carne, pescado o pollo todos los días?

- sí
- no

0.0 = si hay 0 o 1 sí

0.5 = si hay 2 sí

1.0 = si hay 3 sí

L. ¿Consume dos o más porciones de vegetales o frutas por día?

- 0 = no
- 1 = sí

M. ¿Cuántas tazas/vasos de bebidas (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) consume por día?

0.0 = menos de 3 vasos

0.5 = 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

N. Modo de alimentación

0 = requiere de asistencia para hacerlo

1 = se alimenta solo con alguna dificultad

2 = se alimenta solo sin ningún problema

O. ¿Cómo cataloga su estado de nutrición?

0 = se percibe desnutrido

1 = dudoso o moderadamente desnutrido

2 = no tiene problema nutricional

P. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo considera que es su estado de salud?

0.0 = no tan bien como ellos

0.5 = no sabe

1.0 = igual de bien como ellos

2.0 = mejor que ellos

Q. Circunferencia media del brazo (CMB en cm)

0.0 = CMB menor 21

0.5 = CMB de 21 a 22

1.0 = CMB mayor de 22

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP menor de 31

1 = CP mayor o igual a 31

TOTAL (máximo 30 puntos)

Marque con una X el diagnóstico probable:

24 puntos o más = Normal

17-23 puntos = Riesgo nutricional

16 (o menos puntos) = Desnutrición calórico proteica

*Fuente: Vella et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1300-1309.

Observaciones: _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
 ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA SALUD ORAL GERIÁTRICA (GOHAI)

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____
 En los últimos tres meses...

ACTIVIDAD	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. ¿Con qué frecuencia limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo carne maciza o manzanas?					
3. ¿Con qué frecuencia puede tragar cómodamente?					
4. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras le impiden hablar en la forma que usted quiere?					
5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?					
6. ¿Con qué frecuencia evita el contacto con las personas por la condición de sus dientes o dentaduras?					
7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?					
8. ¿Con qué frecuencia utiliza medicamentos para aliviar el dolor o algún malestar de su boca?					
9. ¿Con qué frecuencia le preocupan los problemas de sus dientes, encías o dentaduras?					
10. ¿Con qué frecuencia se siente nervioso(a), intranquilo(a) por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?					
11. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo(a) al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes, encías o dentaduras?					
12. ¿Con qué frecuencia tiene molestias en dientes o encías por sensibilidad al calor, al frío o por alimentos dulces?					

Fuente: Atchinson and Dolan. *J Dental Educ* 1990; 54 (11): 680-687.

Puntaje total: _____ Marque con una X el diagnóstico.

57-60 Buena salud oral 51-56 Moderada salud oral 50 ó menos Mala salud oral

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

**ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA SALUD ORAL GERIÁTRICA (GOHAI)
CLAVE PARA CALIFICACIÓN**

ACTIVIDAD	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. ¿Con qué frecuencia limita el tipo y la cantidad de comida que ingiere por problemas con sus dentaduras?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia tiene problemas al morder o masticar cualquier tipo de alimento, por ejemplo carne maciza o manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia puede tragar cómodamente?	5	4	3	2	1
4. ¿Con qué frecuencia sus dientes o dentaduras le impiden hablar en la forma que usted quiere?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia es capaz de comer cualquier cosa sin sentir molestia?	5	4	3	2	1
6. ¿Con qué frecuencia evita el contacto con las personas por la condición de sus dientes o dentaduras?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o dentaduras?	5	4	3	2	1
8. ¿Con qué frecuencia utiliza medicamentos para aliviar el dolor o algún malestar de su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia le preocupan los problemas de sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia se siente nervioso(a), intranquilo(a) por los problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo(a) al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes, encías o dentaduras?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia tiene molestias en dientes o encía por sensibilidad al calor, al frío o por alimentos dulces?	1	2	3	4	5



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

INSTRUCCIONES: Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

1. Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

Ningún problema. 0	Ligeramente retrasado. 1	Marcadamente retrasado 2	Muy retrasado o no durmió en absoluto. 3
-----------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

2. Despertares durante la noche.

Ningún problema. 0	Problema menor 1	Problema considerable 2	Muy retrasado o no durmió en absoluto. 3
-----------------------	---------------------	----------------------------	---

3. Despertar final más temprano de lo deseado.

No más temprano 0	Un poco más temprano 1	Marcadamente más temprano 2	Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto 3
----------------------	---------------------------	--------------------------------	--

4. Duración total del dormir.

Suficiente 0	Ligeramente insuficiente 1	Marcadamente insuficiente 2	Muy insuficiente o no durmió en lo absoluto 3
-----------------	-------------------------------	--------------------------------	--

5. Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

Satisfactoria 0	Ligeramente insatisfactoria 1	Marcadamente insatisfactoria 2	Muy insatisfactoria o no durmió en lo absoluto 3
--------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

6. Sensación de bienestar durante el día.

Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
-------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------

7. Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
-------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------

8. Somnolencia durante el día.

Ninguna 0	Leve 1	Considerable 2	Intensa 3
--------------	-----------	-------------------	--------------

Fuente: Nanclares y Jiménez-Genchi. Salud Mental. 2005; 28(5): 34-39.

Puntaje total: _____

Marque con una X diagnóstico probable

0-7 puntos = Normal

8 puntos ó más = Problemas de insomnio

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

PREGUNTA

¿Con qué frecuencia se queda usted dormido en las siguientes situaciones? Si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija el número que se adecúe para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
Sentado y leyendo	
Viendo la T.V.	
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
En coche, como copiloto de un viaje de una hora	
Tumbado a media tarde	
Sentado y charlando con alguien	
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	

Fuente: Johns MW. Sleep. 1991; 14: 540-545.

Puntaje total: _____

Marque con una X diagnóstico probable.

- 0-10 puntos = Normal
- 11 puntos ó más = Problemas de somnolencia

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)
------------------------	--------------------------	---

I.Orientación

- | | | |
|---|-----|---|
| 5 | () | <p>Pregunte: ¿Qué fecha es hoy?
Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:</p> <p>¿En qué año estamos? ()</p> <p>¿En qué mes estamos? ()</p> <p>¿Qué día del mes es hoy? ()</p> <p>¿Qué día de la semana? ()</p> <p>¿Qué hora es aproximadamente? ()</p> |
| 5 | () | <p>Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora?
(Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:</p> <p>¿En qué lugar estamos? ()</p> <p>¿En qué país? ()</p> <p>¿En qué estado? ()</p> <p>¿En qué ciudad o población? ()</p> <p>¿En qué colonia, delegación o municipio? ()</p> |

*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. *Aging Neuropsychol Cogn* 2004; 11(1):1-11.

Calificación Máxima Calificación Obtenida

II. Registro

3 () Diga al sujeto la siguiente instrucción: "**Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara**", después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

III. Atención y Cálculo

5 () Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. "**Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86.**" Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 substracciones (no proporcione ayuda)

79	()
72	()
65	()
58	()
51	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

IV. Memoria diferida

3 () Pida al sujeto: "**Repita las tres palabras que le pedí que recordara**".

Papel	()
Bicicleta	()
Cuchara	()

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	V.Lenguaje
3	()	<p>Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.</p> <p>Reloj () Lápiz ()</p> <p>Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: "Le voy a decir una frase y repítala después de mi. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención".</p> <p style="text-align: center;">"NI NO, NI SI, NI PERO" (sólo un ensayo) ()</p>
3	()	<p>Comprensión verbal: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indíquele al sujeto: "le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez".</p> <p>"Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo" (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).</p> <p>Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Déjelo en el suelo ()</p>
1	()	<p>Comprensión escrita: Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: "Cierre los ojos". Pida al sujeto:</p> <p>"Por favor haga lo que dice aquí". ()</p>

CIERRE LOS OJOS

1 () **Escritura de una frase:** Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: "**Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje**". ()

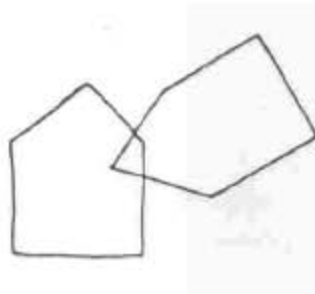
Calificación Máxima **Calificación Obtenida**

1 () **Copia de un dibujo:** Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, "**copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja**". **No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.** ()
Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados.
(No tome en cuenta temblor ni rotación)

Puntaje total _____

Marque con una X el diagnóstico probable considerando los puntos de corte del cuadro incluido en el protocolo.

- Normal
 Deterioro cognitivo



Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con sus sentimientos personales hacia sí mismo(a). Marque con una "X" la opción que corresponda [**muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo**], dependiendo de la forma en que se sienta en el momento de contestar.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).				
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).				
3. Creo que tengo muchas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.				
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).				
6. Sólo algunas veces me siento útil.				
7. Creo que soy una persona de valía.				
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).				
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).				
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				

Fuente: Rosenberg et al. Am Sociol Rev. 1995; 60, 141-156.

Puntuación total _____

Marque con una X diagnóstico probable.

- 30-40 = Alta autoestima
 26-29 = Autoestima media
 25 o menos = Baja autoestima

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

ANEXO 11

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	4	3	2	1
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).	1	2	3	4
3. Creo que tengo muchas cualidades.	4	3	2	1
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.	4	3	2	1
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).	1	2	3	4
6. Sólo algunas veces me siento útil.	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona de valía.	4	3	2	1
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).	1	2	3	4
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).	1	2	3	4
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	4	3	2	1



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL
PARA ADULTOS MAYORES*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?***		

*¿Cuál(es)? _____

**¿Cuál(es)? _____

I. RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente).

Cónyuge	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ³ (1)	Apoyo Material ⁴ (1)	Apoyo Informativo ⁵ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número

	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

¹Apoyo emocional: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.²Apoyo instrumental: Cuidado, transporte, labores del hogar.³Apoyo material: Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.⁴Apoyo informativo: Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número				
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Apoyo comunitario

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3

Observaciones: _____
Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

Escala de evaluación:

1. **Pregunta 1. Frecuencia de contacto social y comunitario.** El puntaje máximo de 3 corresponde al 100%; 2= 66%; 1= 33% y 0 = 0%.
 2. **Pregunta 2. Tipo de apoyos que recibe.** Si recibe los 4 tipos de apoyo se califica como 100%; 3 =75%; 2 = 50%; 1= 25% y 0=0%.
 3. **Pregunta 3. Satisfacción del apoyo recibido.** El puntaje máximo de 12 corresponde al 100%; 11=92%; 10=83%; 9=75%; 8= 67%; 7=58%; 6=50% 5=42%; 4=33%; 3=25%; 2=17%, 1= 8% y 0=0%.
- 1) **Apoyo social familiar.** El puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje crudo de 21, correspondería al 37% de apoyo (cuadro I).
 - 2) **Apoyo social extrafamiliar.** El puntaje crudo máximo es de 38, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro II).
 - 3) **Apoyo social institucional.** El puntaje máximo es de 19, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro III).
 - 4) **Magnitud de contactos sociales y comunitarios.** El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro IV).
 - 5) **Magnitud de apoyos sociales recibidos.** El puntaje crudo máximo es de 24, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro V).
 - 6) **Grado de satisfacción.** El puntaje crudo máximo es de 72, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro VI).
 - 7) **Apoyo social global.** El puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones (cuadro VII).
-

Cuadro I. Apoyo social familiar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	2	16	28	31	54	46	81
2	4	17	30	32	56	47	83
3	5	18	32	33	58	48	84
4	7	19	33	34	60	49	86
5	9	20	35	35	61	50	88
6	11	21	37	36	63	51	89
7	12	22	39	37	65	52	91
8	14	23	40	38	66	53	93
9	16	24	42	39	68	54	95
10	18	25	44	40	70	55	96
11	19	26	46	41	72	56	98
12	21	27	47	42	74	57	100
13	23	28	49	43	75		
14	25	29	51	44	77		
15	26	30	53	45	79		

Cuadro II. Apoyo social extrafamiliar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	3	11	29	21	55	31	82
2	5	12	32	22	58	32	84
3	8	13	34	23	61	33	87
4	11	14	37	24	63	34	89
5	13	15	39	25	66	35	92
6	16	16	42	26	68	36	95
7	18	17	45	27	71	37	97
8	21	18	47	28	73	38	100
9	24	19	50	29	76		
10	26	20	53	30	79		

Cuadro III. Apoyo social institucional (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	5	6	32	11	58	16	84
2	11	7	37	12	63	17	89
3	16	8	42	13	68	18	95
4	21	9	47	14	74	19	100
5	26	10	53	15	79		

Cuadro IV. Magnitud de contactos sociales y comunitarios (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	6	7	39	13	72
2	11	8	44	14	78
3	17	9	50	15	83
4	22	10	56	16	89
5	28	11	61	17	94
6	33	12	67	18	100

Cuadro V. Magnitud de apoyos sociales recibidos (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	4	7	29	13	54	19	79
2	8	8	33	14	58	20	83
3	13	9	38	15	63	21	88
4	17	10	42	16	67	22	92
5	21	11	46	17	71	23	96
6	25	12	50	18	75	24	100

Cuadro VI. Grado de satisfacción (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	16	22	31	43	46	64	61	85
2	3	17	24	32	44	47	65	62	86
3	4	18	25	33	46	48	67	63	88
4	6	19	26	34	47	49	68	64	89
5	7	20	28	35	49	50	69	65	90
6	8	21	29	36	50	51	71	66	92
7	10	22	31	37	51	52	72	67	93
8	11	23	32	38	53	53	74	68	94
9	13	24	33	39	54	54	75	69	96
10	14	25	35	40	56	55	76	70	97
11	15	26	36	41	57	56	78	71	99
12	17	27	38	42	58	57	79	72	100
13	18	28	39	43	60	58	81		
14	19	29	40	44	61	59	82		
15	21	30	42	45	63	60	83		

Cuadro VII. Apoyo social global (Puntaje crudo y ponderado).

PC	PP (%)	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)
1	1	16	14	31	27	46	40	61	54	76	67	91	80	106	93
2	2	17	15	32	28	47	41	62	54	77	68	92	81	107	94
3	3	18	16	33	29	48	42	63	55	78	68	93	82	108	95
4	4	19	17	34	30	49	43	64	56	79	69	94	82	109	96
5	4	20	18	35	31	50	44	65	57	80	70	95	83	110	96
6	5	21	18	36	32	51	45	66	58	81	71	96	84	111	97
7	6	22	19	37	32	52	46	67	59	82	72	97	85	112	98
8	7	23	20	38	33	53	46	68	60	83	73	98	86	113	99
9	8	24	21	39	34	54	47	69	61	84	74	99	87	114	100
10	9	25	22	40	35	55	48	70	61	85	75	100	88		
11	10	26	23	41	36	56	49	71	62	86	75	101	89		
12	11	27	24	42	37	57	50	72	63	87	76	102	89		
13	11	28	25	43	38	58	51	73	64	88	77	103	90		
14	12	29	25	44	39	59	52	74	65	89	78	104	91		
15	13	30	26	45	39	60	53	75	66	90	79	105	92		

PC= puntaje crudo
PP= puntaje ponderado



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
 INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL*2

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

*Fuente: González-Celis R A L. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM 2001.

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

Observaciones: _____

Evaluador (a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL

FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: _____

REACTIVOS								Puntaje Crudo	Calidad de vida (alta, promedio, baja)	Puntaje Ponderado	
SALUD FÍSICA (SF)	3*	4*	10	15	16	17	18				
Anote el puntaje para cada reactivo											
ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AP)	5	6	7	11	19	26*					
Anote el puntaje para cada reactivo											
RELACIONES SOCIALES (RS)	20	21	22								
Anote el puntaje para cada reactivo											
MEDIOAMBIENTE (M)	8	9	12	13	14	23	24	25			
Anote el puntaje para cada reactivo											
<i>*No olvidar que los reactivos 3, 4 y 26 se califican en orden inverso</i> Puntaje Global (Sume el puntaje obtenido en SF, AP, RS, M y el puntaje de los reactivos 1 y 2)											

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.

Cuadro 1. Clasificación de la calidad de vida considerando el puntaje crudo de las áreas*

Áreas	Preguntas	Calidad de vida (puntaje)		
		Mala	Promedio	Alta
Salud física	7	7-16	17-26	27-35
Aspectos Psicológicos	6	6-14	15-22	23-30
Relaciones Sociales	3	3-7	8-11	12-15
Medio ambiente	8	8-18	19-29	30-40
Global (sumatoria del puntaje de las áreas más el de las preguntas 1 y 2)	26	26-60	61-95	96-130

* Fuente: Phungrassami T, et al. J Med Assoc Thai 2004; 87(12) :1459-1465.

Cuadro I. Puntaje crudo y ponderado del dominio de salud física.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	8	23	15	43	22	63	29	83
2	6	9	26	16	46	23	66	30	86
3	9	10	29	17	49	24	69	31	89
4	11	11	31	18	51	25	71	32	91
5	14	12	34	19	54	26	74	33	94
6	17	13	37	20	57	27	77	34	97
7	20	14	40	21	60	28	80	35	100

Cuadro II. Puntaje crudo y ponderado del dominio de aspectos psicológicos.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	7	23	13	43	19	65	25	83
2	7	8	27	14	47	20	67	26	87
3	10	9	30	15	50	21	70	27	90
4	13	10	33	16	53	22	73	28	93
5	16	11	37	17	57	23	77	29	97
6	20	12	40	18	60	24	80	30	100

Cuadro III. Puntaje crudo y ponderado del dominio de relaciones sociales.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	7	6	40	11	73
2	13	7	47	12	80
3	20	8	53	13	87
4	27	9	60	14	93
5	33	10	67	15	100

Cuadro IV. Puntaje crudo y ponderado del dominio de medio ambiente.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	9	23	17	43	25	63	33	83
2	5	10	25	18	45	26	65	34	85
3	7	11	27	19	47	27	67	35	87
4	10	12	30	20	50	28	70	36	90
5	13	13	33	21	53	29	73	37	93
6	15	14	35	22	55	30	75	38	95
7	17	15	37	23	57	31	77	39	97
8	20	16	40	24	60	32	80	40	100

Cuadro V. Puntaje crudo y ponderado de la calidad de vida global.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	36	28	71	55	106	82
2	2	37	28	72	55	107	82
3	2	38	29	73	56	108	83
4	3	39	30	74	57	109	84
5	4	40	31	75	58	110	85
6	5	41	32	76	58	111	85
7	5	42	32	77	59	112	86
8	6	43	33	78	60	113	87
9	7	44	34	79	61	114	88
10	8	45	35	80	62	115	88
11	8	46	35	81	62	116	89
12	9	47	36	82	63	117	90
13	10	48	37	83	64	118	91
14	11	49	38	84	65	119	92
15	12	50	38	85	65	120	92
16	12	51	39	86	66	121	93
17	13	52	40	87	67	122	94
18	14	53	41	88	68	123	95
19	15	54	42	89	68	124	95
20	15	55	42	90	69	125	96
21	16	56	43	91	70	126	97
22	17	57	44	92	71	127	98
23	18	58	45	93	72	128	98
24	18	59	45	94	72	129	99
25	19	60	46	95	73	130	100
26	20	61	47	96	74		
27	21	62	48	97	75		
28	22	63	48	98	75		
29	22	64	49	99	76		
30	23	65	50	100	77		
31	24	66	51	101	78		
32	25	67	52	102	78		
33	25	68	52	103	79		
34	26	69	53	104	80		
35	27	70	54	105	81		



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ÍNDICE DE KATZ

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1. BAÑARSE.	No necesita ayuda para bañarse en la tina o regadera, o sólo recibe ayuda para lavarse alguna parte del cuerpo. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para entrar o salir de la tina o bañarse en la regadera, necesita vigilancia durante el baño, o recibe ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo o es bañado por otra persona. <input type="checkbox"/>
2. VESTIRSE.	Se viste sin ayuda o sólo recibe apoyo para atarse los zapatos. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda y/o supervisión para ponerse alguna prenda o es vestido por otra persona. <input type="checkbox"/>
3. MOVILIZACIÓN.	No recibe ayuda para irse de la cama a una silla. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda o no puede trasladarse de la cama a una silla. <input type="checkbox"/>
4. ALIMENTACIÓN.	Se alimenta sin ayuda o sólo necesita apoyo para cortar la carne o untar mantequilla en el pan. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para comer parcial o totalmente. <input type="checkbox"/>
5. ARREGLO PERSONAL.	Se afeita, se peina o cepilla el pelo y se corta las uñas de los pies sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para afeitarse, peinarse o cepillarse el pelo o cortarse las uñas de los pies. <input type="checkbox"/>
6. CAMINAR EN UN CUARTO PEQUEÑO.	Es capaz de caminar en un cuarto pequeño sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para caminar en un cuarto pequeño. <input type="checkbox"/>

Fuente: Branch et al. Am J Public Health 1984; 74: 286 – 288.

Calificación:

Bañarse		Vestirse		Movilización		Alimentarse		Arreglo personal		Caminar en casa	
I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1

I= Independiente

D= Dependiente

Puntaje total _____

Observaciones: _____

Evaluator(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

	Fecha				
Baño 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total					
Vestido 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar la ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total					
Aseo personal 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total					
Ir al sanitario 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continua ayuda 0. Dependencia total					
Deambulaci3n 15. Independiente 12. Supervisi3n continua o no camina m3s de 50 m 8. Ayuda de una persona (ocasional) 3. Ayuda continua de una o m3s personas 0. Dependiente					
Traslado sill3n-cama 15. Independiente 12. Supervisi3n 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de dos personas (no colabora)					
Escaleras 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisi3n ocasional 5. Supervisi3n continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras					

Incontinencia urinaria 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc. 2. Incontinente día y noche (algunas veces controla la micción) 0. Incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical)					
Incontinencia fecal 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (algunas veces controla la evacuación) 0. Incontinencia y dependencia total					
Alimentación 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0. Dependiente					
TOTAL					

Fuente: Shah S, et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8):703-709.

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY.

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	CON ASISTENCIA	DEPENDIENTE
1. TELÉFONO.	Capaz de identificar los números y marcar, hacer y recibir llamadas sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Capaz de responder el teléfono, marcar un número en caso de urgencia, pero necesita ayuda para marcar algún número en particular. <input type="checkbox"/>	Incapaz de usar el teléfono. <input type="checkbox"/>
2. TRANSPORTE.	Capaz de conducir su propio auto o viajar solo en autobús o taxi. <input type="checkbox"/>	Capaz de viajar en autobús o taxi, pero acompañado. <input type="checkbox"/>	Incapaz de viajar en autobús o taxi. <input type="checkbox"/>
3. COMPRAS.	Realiza todas las compras con independencia. <input type="checkbox"/>	Realiza todas las compras pero necesita que lo acompañen. <input type="checkbox"/>	Incapaz de realizar sus compras. <input type="checkbox"/>
4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.	Planea, prepara y sirve los alimentos (adecuadamente) solo. <input type="checkbox"/>	Capaz de preparar comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos solo. <input type="checkbox"/>	Incapaz de preparar cualquier alimento. <input type="checkbox"/>
5. QUEHACERES DEL HOGAR.	Capaz de hacer quehaceres del hogar pesados como fregar los pisos. <input type="checkbox"/>	Capaz de realizar quehaceres del hogar ligeros (lavar medias o calcetines), pero necesita ayuda con las tareas pesadas. <input type="checkbox"/>	Incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar. <input type="checkbox"/>
6. MEDICACIÓN.	Capaz de tomar sus medicamentos en la dosis y tiempos correctos. <input type="checkbox"/>	Puede tomar sus medicamentos, pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare. <input type="checkbox"/>	No puede responsabilizarse de sus medicamentos. <input type="checkbox"/>
7. MANEJO DE DINERO.	Maneja los asuntos de dinero con independencia (cobra, elabora cheques, realiza pagos en el banco, realiza sus compras.) <input type="checkbox"/>	Puede realizar sus compras cotidianas, pero necesita ayuda para elaborar cheques o cualquier trámite de banco y pago de servicios. <input type="checkbox"/>	Incapaz de manejar su dinero. <input type="checkbox"/>

Fuente: Lawton and Brody, Gerontologist 1969; 179 – 186.

Calificación

1			2			3			4			5			6			7		
I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D
3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1

I = Independiente A = Con Asistencia D = Dependiente PUNTAJE TOTAL _____
 Observaciones: _____ Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE ROSOW-BRESLAU

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

ACTIVIDAD	LA PUEDE REALIZAR SIN AYUDA	REALIZA ALGUNAS TAREAS O REQUIERE AYUDA	NO LA PUEDE REALIZAR
1. Capacidad de realizar trabajo familiar pesado (lavar ropa, limpiar los pisos, limpieza de cocina y baño, limpieza de recámaras, barrer, arreglar el jardín.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Capacidad de caminar un kilómetro (10 cuadras aproximadamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacidad de subir y bajar escaleras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Rosow I. & Breslau N. J Gerontol 1966; 21: 558- 559.

Trabajo familiar pesado			Caminar un Km			Subir y bajar escaleras		
SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO
3	2	1	3	2	1	3	2	1

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad; DIF = Capaz de realizarlo con dificultad, parcialmente o con ayuda; NO = No es capaz de realizarlo

Puntaje total: _____

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICAS DE NAGI

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

ACTIVIDAD	CAPAZ DE REALIZARLA SIN DIFICULTAD	CAPAZ DE REALIZARLA CON DIFICULTAD	NO LA REALIZA
1. Extender los brazos por debajo de los hombros. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Extender los brazos por arriba de los hombros. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 Kg. (Demostrativo, de 2 a 4 kg aproximadamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Permanecer sentado por más de una hora. (Autoreporte, no es demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos. (Demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Permanecer parado por más de 15 minutos. (Autoreporte, no es demostrativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mover objetos grandes. (Autoreporte, no es demostrativo: sillas, muebles, cajas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg. (Demostrativo, máximo 10 Kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse. (Demostrativo, si no puede, no forzar la ejecución)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Nagi SE. Milbank Mem Fund Q Health a Society 1976: 54 (4): 439 – 468.

Calificación


1			2			3			4			5			6			7			8			9		
SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO
3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad DIF = Capaz de realizarlo con dificultad NO = No es capaz de realizarlo

Puntaje total _____

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

		FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A * UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA CARTILLA DE AUTOCUIDADO* Folio: _____				
		INSTRUCCIONES PARA SU USO				
<ol style="list-style-type: none"> 1. La cartilla de autocuidado ha sido elaborada para que el adulto mayor lleve a cabo las acciones y medidas necesarias para mantener su salud o controlar su enfermedad, así como lograr el máximo de bienestar y calidad de vida. 2. La cartilla se otorgará a todos los adultos mayores de 60 años, la cual será renovada cada 5 años o antes si es necesario. 3. La cartilla deberá ser llenada por el personal de salud (médico, enfermera, psicólogo) o por el promotor para el desarrollo integral gerontológico, quienes deberán explicar el significado de los resultados o datos registrados en el documento. 4. Las mediciones relativas a la presión arterial y peso, se llevarán a cabo mensualmente. El registro de estatura, índice de masa corporal y perímetro de la cintura cada seis meses. La evaluación de glucosa mensual se realizará sólo en el caso de personas con diagnóstico de diabetes mellitus. 5. En el caso de los adultos mayores funcionales de 60-74, las evaluaciones gerontológicas y clínicas se llevarán a cabo cada 2 años, para el grupo de adultos mayores de 75 y más años se llevarán a cabo cada año. La escala de Zaritt & Zaritt sólo se aplicará si el adulto mayor es cuidador primario. 6. En todos los casos, independientemente de la edad, se debe considerar la posibilidad de llevar a cabo evaluaciones de la funcionalidad cuando la situación lo amerite (enfermedad crónica, limitaciones en la funcionalidad, intervención comunitaria). 7. Las vacunas de toxoide tetánico-diftérico y antineumocócica se deberán aplicar cada 5 años y se debe anotar la fecha de refuerzo. Por lo que respecta a la vacuna de antiinfluenza se aplicará cada año y también se debe registrar la fecha de aplicación. 8. Para la detección oportuna de cáncer se seguirán los siguientes lineamientos: (i) Mujeres: autoexploración de mamas cada mes, anotando si la palpación es normal o detectan alguna anomalía, y mastografía cada año. La citología vaginal se debe practicar cada 2 años si se reporta normal. (ii) Hombres: deberán acudir anualmente al médico para exploración de próstata y medición de antígeno prostático. 9. En el apartado de prótesis y aditamentos se registrará si se utilizan actualmente o no, o durante los 5 años de seguimiento, especificando la fecha de inicio de uso, y en su caso, la fecha en la que se suspenda el uso de alguno de ellos(as). 10. En el apartado de enfermedades crónicas se anotará el diagnóstico que tiene actualmente o su aparición durante los 5 años de seguimiento, especificando la fecha del diagnóstico. 11. En el apartado de uso de medicamentos, se deberá anotar el nombre genérico de los que consume el adulto mayor, además de la fecha de inicio y de suspensión (mes y año). 						
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
						FOTOGRAFIA
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno		
Edad		Sexo		Estado civil		
II. DOMICILIO						
Calle y Número		Colonia		Entidad Federativa	Teléfono	
III. EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:						
Nombre						
Dirección						
Parentesco				Teléfono particular	Teléfono celular	

IV. EVALUACION GERONTOLOGICA INTEGRAL					
Escala	AÑO:	AÑO:	AÑO:	AÑO:	AÑO:
	MES:	MES:	MES:	MES:	MES:
Mini examen del estado mental (Folstein)					
ABVD (Barthel)					
ABVD (Katz)					
Escala de Rosow-Breslaw					
Escala de Nagi					
AVD (Lawton y Brody)					
Marcha y equilibrio (Tinetti)					
Mini Valoración Nutricional (MNA)					
Valoración de la Salud Oral Geriátrica (GOHA)					
Calidad de Vida de la OMS					
Escala de Autoestima (Rosenberg)					
Escala de depresión (Yesavage)					
Escala de Atenas de insomnio					
Escala de Somnolencia de Epworth					
Escala Redes de Apoyo Social					
Test de sobrecarga del cuidador (Zarit & Zarit)					

V. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE (Evaluación Anual)					
Parámetro	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
Hemoglobina					
Hematocrito					
Glucosa					
Creatinina					
Urea					
Ácido úrico					
Colesterol					
Triglicéridos					
Albumina					
Linfocitos					
Examen general de orina					
Antígeno prostático (hombres)					

VI. DETECCIÓN Y CONTROL (Evaluación mensual)													
PRIMER AÑO (anote el año)													
Parámetro	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Glucosa en sangre													
Presión arterial													
Pulso													
Peso													
Estatura (c/ 6 meses)													
IMC (c/ 6 meses)													
Perímetro de cintura (c/ 6 meses)													
Autoexploración de mamas													
SEGUNDO AÑO (anote el año)													
Parámetro	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Glucosa en sangre													
Presión arterial													
Pulso													
Peso													
Estatura (c/ 6 meses)													
IMC (c/ 6 meses)													
Perímetro de cintura (c/ 6 meses)													
Autoexploración de mamas													
TERCER AÑO (anote el año)													
Parámetro	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Glucosa en sangre													
Presión arterial													
Pulso													
Peso													
Estatura (c/ 6 meses)													
IMC (c/ 6 meses)													
Perímetro de cintura (c/ 6 meses)													
Autoexploración de mamas													
CUARTO AÑO (anote el año)													
Parámetro	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Glucosa en sangre													
Presión arterial													
Pulso													
Peso													
Estatura (c/ 6 meses)													
IMC (c/ 6 meses)													
Perímetro de cintura (c/ 6 meses)													
Autoexploración de mamas													
QUINTO AÑO (anote el año)													
Parámetro	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Glucosa en sangre													
Presión arterial													
Pulso													
Peso													
Estatura (c/ 6 meses)													
IMC (c/ 6 meses)													
Perímetro de cintura (c/ 6 meses)													
Autoexploración de mamas													



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARTA DE AUTORIZACION CON CONSENTIMIENTO CON
CAUSA

Evaluación Geronto- geriátrica Integral en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario “Nueva San Miguel” en el Municipio de Chalco, Estado de México.

El Medico Pasante en Servicio Social de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México aplicara varios instrumentos para medir la salud de las personas mayores.

Objetivo:

- Conocer la salud, de los adultos mayores a través de instrumentos escritos de fácil resolución.

Compromiso del Medico Pasante en SS:

- Asistir periódicamente, llevar a cabo el levantamiento de datos con sus propios materiales, efectuar trabajo de sensibilización y difusión de información, canalizar los casos que así lo requieran y mantener la confidencialidad de todos los casos

Compromiso del participante:

- Asistir a todas las citas y participar en las actividades programadas y, en el caso que no desear participar más en el programa avisar y declarar los motivos que tiene para ello

Tiempo de duración:

- El programa tiene una duración de 6 meses ininterrumpidos

Riesgo:

- No existe ningún riesgo para la salud, las respuestas a los cuestionarios son de índole personal que no ponen en riesgo la integridad del paciente.

Probables beneficios:

- Usted verá mejorada su calidad de vida y la sociedad en su conjunto será beneficiada con los resultados de las investigaciones.
- No tiene costo

Confidencialidad

- Toda la información es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, por lo que sólo se le proporcionara al participante.

DECLARO QUE HE LEIDO O ME HAN LEÍDO EN PRESENCIA DE UN FAMILIAR RESPONSABLE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO, COMPRENDO LOS COMPROMISOS QUE ASUMO Y LOS ACEPTO EXPRESAMENTE, POR ELLO, MANIFESTO MI DESEO DE PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y FIRMO VOLUNATARIAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

México D.F. a ___ de _____ del _____

En caso de no saber leer y escribir poner huella digital en el cuadro después de haberle leído el documento al participante en presencia del testigo.