



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL DE GUERRERO
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

**“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA GERIATRIMSS EN EL HOSPITAL REGIONAL N.1 “VICENTE
GUERRERO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
DRA.MARIA LILIANA ZEPEDA CASTILLO

DIRECTOR:
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES SALGADO JIMÉNEZ

NUMERO DE REGISTRO:
R-20201102035

ACAPULCO, GUERRERO, FEBRERO 2022



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.

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1102.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 068

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082

FECHA Martes, 31 de marzo de 2020

M.C. MARIA DE LOS ANGELES SALGADO JIMENEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA GERIATRIMSS EN EL HOSPITAL REGIONAL N.1 "VICENTE GUERRERO"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-1102-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Edgar Balbuena Herrera

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR DEL
PROGRAMA GERIATRIMSS EN EL HOSPITAL REGIONAL N.1 "VICENTE
GUERRERO"**

No. Registro R-2020-1102-035


Dra. Guillermina Juanico Morales

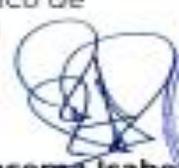
Encargada de la Coordinación de Planeación y
Enlace Institucional


Dr. Francisco Barbosa Casteñeda

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud


Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud


Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA
GERIATRIMSS EN EL HOSPITAL N. 1 "VICENTE GUERRERO"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA LILIANA ZEPEDA CASTILLO

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi directora de tesis Dra. María de los Ángeles Salgado Jiménez por su paciencia, apoyo, tiempo y disponibilidad para llevar a cabo este proyecto.

Gracias a mi familia en especial a mi madre Reina Castillo Casarrubias por ser mi principal apoyo para continuar este camino de la medicina , a mi tío Luis Castillo Casarrubias que más que un tío es un padre a quien le debo todo el apoyo incondicional y a mi tío Hilario Castillo Casarrubias por ser mi ejemplo a seguir , a mi esposo Luis Alberto González Mejía por dar apoyo económico y moral, gracias a mis hermanos María Cristina Zepeda castillo quien me animo en todo momento y nunca perdió la fe en poder continuar con esto a mi hermano Juan Carlos Zepeda Castillo quien han sido ejemplo a seguir .

Gracias a la Dra. Evelia Palacios geriatra del Hospital General Regional Vicente Guerrero, a la enfermera Edith y la trabajadora social por su importante apoyo y colaboración en llevar acabo esta importante investigación.

Mi querida amiga Ana Cecilia Barrera Ortiz quien está en todo momento contestando mis dudas mil gracias; gracias a mi hermosa amiga Beatriz Peralta Saavedra por haber estado ahí, animarme en todo momento.

A todos mis compañeros residentes quienes compartí estos 3 hermosos años de especialidad.

Gracias a Nadshialy Abigail Hernández Martínez directora del Colegio Siqueiros Beraka de mi hija quien me facilito todo para no sentir más estrés y la Miss Verónica Vélez Morales quien me apoyo incondicionalmente , gracias por su comprensión para llevar acabo y dar enfoque a este proyecto importante de mi vida.

Gracias a mi hermosa hija Kenia González Zepeda que sin preguntarle sin entender resistió todo el sacrificio.

DEDICATORIA

A dios por guiarme por el camino correcto, porque nunca me ha abandonado, por permitirme conocer excelentes profesores y amigos y porque has llenado mi corazón con la luz de tu espíritu dejando que cumpla esta meta.

A mi padre que a pesar de no ser biológico, siempre quien me enseñó a valorar los resultados de un gran esfuerzo, a conocer el precio de tener una gota de sudor en la frente, por ser “amigo” y darme palabras de aliento; nunca dudar de mi capacidad. Lo amo con todo mí ser.

RESUMEN

Introducción: El paciente geriátrico es aquel con edad superior a 75 años quien presenta condiciones de morbilidad, polifarmacia, deterioro físico, patología mental que lo conlleva a un proceso de enfermedad.

Objetivo: Caracterizar epidemiológicamente al adulto mayor del programa GeriatrIMSS del Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

Material y Método: Se realizó un estudio transversal y analítico, con muestreo por conveniencia, en donde se incluyeron 147 adultos mayores de 60 años del programa Geriatrimss del Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero, Acapulco, durante el período Enero-Diciembre del 2018. Para la información clínica se utilizaron la cedula de evaluación geriátrica, Para el análisis estadístico se utilizó el software Epidat 3.1.

Resultados: 147 pacientes evaluados, de sexo femenino 70%, masculino 30%, edad media 78,6 años ,diabetes mellitus 40%,funcionalidad social: apoyo alguno 57% ,buena red social 44%; buena autopercepción de la salud 44%;en el área mental y Psicoafectiva : depresión 43.9% ,delírium 28.9% , demencia 24.%,ansiedad 25.9%, deterioro cognitivo 40.3%,funcionalidad previo a hospitalización :En ABVD 51% independiente, AIVD 27%, dependencia total, SX caídas 44%, SX post-caídas 12%; úlceras por presión 17%, fragilidad 60% y sarcopenia 53%.Deterioro funcional: Incontinencia urinaria 66%, constipación 60%; la polifarmacia se registró 52%, privación sensorial visual 88%.

Conclusiones: El adulto mayor se caracteriza de 78,6 años, con predominio de género femenino, diabético, con funcionalidad Díaz Veiga con buena red y algún apoyo; con deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, independiente a las ABVD antes de ingresar a hospitalización ,incrementando la pérdida en su funcionalidad en ABVD y AIVD en la hospitalización, fragilidad, sarcopenia, polifarmacia y constipación.

Palabras clave: Polifarmacia, GeriatrIMSS, Adulto mayor.

CONTENIDO

RESUMEN	7
1. MARCO TEÓRICO.....	9
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
4. OBJETIVOS:	18
4.1OBJETIVO GENERAL:	18
4.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
5. HIPÓTESIS	19
6. METODOLOGÍA.....	20
6.1 TIPO DE ESTUDIO	20
6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	20
6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
7. CRITERIOS DE SELECCIÓN:	20
7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	20
7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	20
7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:	20
8. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	21
8.1 Descripción y operacionalización de las variables	21
9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:	27
9.1TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	27
9.2 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	27
9.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	27
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	30
11. RESULTADOS	31
11. DISCUSIÓN.	38
12. CONCLUSIÓN	41
13. RECOMENDACIONES	42
15. BIBLIOGRAFIA	43
16. ANEXOS	47

1. MARCO TEÓRICO

Podemos definir al paciente geriátrico como aquel de edad superior a 75 años, en el que se suman condiciones como la multimorbilidad, polifarmacia, deterioro físico, patología mental o problemática social que condicionan su proceso de enfermedad, la forma de afrontar su atención y los resultados de la misma (1).

En la década de 1930, el promedio de vida de una persona en México era de alrededor de 35 años para las mujeres y de 33 años para los varones. México se encuentra entre los 11 países más poblados del mundo; en esta lista se encuentran China, India, Estados Unidos de América, Indonesia, Brasil, Paquistán, Rusia, Bangladesh, Nigeria y Japón. La esperanza de vida en América Latina y el Caribe pasó de 29 años en 1900 a 74 años en 2010. En los Estados Unidos, las enfermedades crónicas representan alrededor del 75% del gasto en salud, en cierta medida debido al envejecimiento. En México, la población total es de 112, 336,538 personas y los adultos en edad avanzada de 60 años suman 10,1 millones, lo cual representa el 9% de la población total. Es importante destacar que este grupo enfrenta desafíos importantes (2).

La vida media de las mexicanas y los mexicanos aumentará en 12.9% entre 1990 y 2050 al pasar de 70 a 79 años. Las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres. En el año 2012, las mujeres vivían en promedio 5.9 años más que los hombres (77.3 años las mujeres y 71.4 años los hombres) y se espera que esta diferencia disminuya a 4.3 años para 2050(3).

Por eso es importante la atención de este grupo de edad en nuestra institución del seguro social existe un programa llamado GeriatrIMSS el cual surge ante el proceso de envejecimiento poblacional, el cual atiende a derechohabientes de 60 años y más para favorecer el envejecimiento favorable principalmente así como implementa la atención de los adultos mayores, capacita a los profesionales en dicha área y desarrolla la investigación clínica de dicha área. El equipo del programa GeriatrIMSS está formado por médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas físicos, así como personal en entrenamiento deportivo, especialistas en adultos mayores, lo que les permite brindar una atención integral a los derechohabientes mayores.

Definimos la valoración Geriátrica Integral como “un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el

propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida (4) .

Es importante llevar a cabo tener un envejecimiento exitoso como en otros países para esto se encuentran varias teorías de cómo se llevan a cabo una de ellas es la teoría de la actividad de Havighurst (1961) y consiste en la actitud positiva de uno mismo , otra es la teoría para contrarrestar la extendida visión de la teoría de la desvinculación consiste en reducir las actividades en cuanto aumenta la edad y así retirarse gradualmente teniendo en cuenta los cambios fisiológicos, psicológicos y social, existen diversos modelos uno de los más aceptados es el de Fernández Ballesteros el define el envejecimiento exitoso como un envejecimiento positivo, saludable, con buen funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento físico .En conclusión se busca llegar a un envejecimiento saludable y exitoso, la reducción de diversos factores como el tabaquismo etc. ayuda a mejorar el estado de salud y envejecer con dignidad (5) .

Un dato importante es determinar el recurso que hay en nuestro paciente adulto mayor y así lo demuestra Luis Varela-Pineda y cols. (2015) en su estudio de investigación tipo descriptivo transversal en una población de 501 adultos mayores del distrito de San Martín de Porres obteniendo los siguientes resultados: Con rango de edad de 60 a 99 años predominando el sexo femenino, sin instrucción escolar, con estado civil soltero o viudos , de acuerdo a las características socio familiares resulto que pertenecían a familias nucleares(71%), vivían solos (8%) vivían solos y según el Apgar familiar el 18% tuvieron disfunción familiar, el 50.9% en cuanto a su situación socio familiar tuvieron riesgo social y 38% problema social , los adultos mayores que tenían cuidador fueron el 5.8% de los cuales el 72.4% permanecían más de 12 horas con parentesco y el 75.8% recibían remuneración , el 31% estuvieron únicamente al cuidado del adulto mayor. El 22% de los encuestados reportaron el año previo al estudio , episodios de infección aguda, las cuales fueron de tracto urinario el 16.7% neumonía en 3.1% y tuberculosis en 1.9%, con relación a la enfermedades crónicas degenerativas la más frecuente fue: Hipertensión arterial en un 40.9%, le sigue las enfermedades reumatológicas en un 36.9% y Dislipidemias en 23.8%; Los hábitos nocivos reportaron un 9.5% y el tabaco en un 8.2%, en cuanto a la autopercepción de su salud un 61% respondieron que su estado de salud es regular, el 16% como mala y muy mala y el 23% como buena y muy buena, por último los primero tres

síndrome y problemas geriátricos reportados en esta comunidad son exentos, insomnio y de privación sensorial(6).

La autopercepción de la salud engloba las dimensiones biológica, mental, estado funcional, social y espiritual del individuo. La APES es un predictor de los futuros resultados de salud por ello en Columbia en el año 2015 se publicó un estudio en la ciudad de Cali donde compararon dos grupo una de mala y buena APES usaron un cuestionario con una pregunta con 5 respuestas y fue en general diría usted que su salud es : excelente, muy buena, buena, regular, mala, las primeras tres preguntas fueron para identificar la buena percepción de salud y las dos últimas para identificar la mala percepción de su salud obtuvieron como resultado de los 231 adultos mayores,143 presentaron buena autopercepción de estado de salud y 88 se clasificaron como mala autopercepción del estado de salud de estos fallecieron 6 pacientes quedando 82 observando que la polifarmacia, predomina más en los paciente con mala APES, eventos mórbidos y riesgo de mortalidad en este grupo de mala APES en comparación de la buena APES (7).

En nuestro país existe poca información sobre la percepción de salud en adultos mayores se ha reportado que el 35.6% de este grupo étnico refiere un estado de salud bueno o muy bueno y en los años 1994 y 2000 ha estado incrementando la percepción del estado de salud mala o muy mala se registra el 19.8 % , en la población , Eduardo Bustos en Cuernavaca México se realizó un estudio con una muestra de 7967 participando la población de adultos mayores obteniendo que la prevalencia de autopercepción positiva en salud fue de 81.86% y la negativa de 36.5 %.Se observó la disminución de estado depresivo en pacientes con APES positivo y se concluyó que la autopercepción de la salud está relacionada por la presencia de comorbilidad , discapacidad y depresión(8).

Uno de los síndromes geriátricos que con lleva a la mala calidad de vida es la malnutrición que se observa en los adultos mayores, así lo concluye la investigación que realiza en Colombia (2017) donde la metodología que emplea es una revisión bibliográfica y encuentran los factores que afectan en su estado nutricional son los malos hábitos alimenticios debido a el estrés , ansiedad y el sedentarismo lo cual provoca un desequilibrio en esta edad y se da en su mayor frecuencia en el sexo femenino en su mayor porcentaje(9).

La prevalencia de los trastornos mentales en los adultos mayores es frecuente en un estudio mediante una revisión bibliográfica en Norteamérica (2017) muestra que el trastorno más frecuente es la ansiedad, los afectivos y los de consumo de sustancias, resultando doble riesgo en el sexo femenino. En función del instrumento utilizado en la evaluación, la mayoría, el instrumento usado para realizar un screening cognitivo y saber si la persona podía responder a un cuestionario diagnóstico, se utilizó sobre todo el Mini Examen del estado mental (MMSE) (10).

La población geriátrica de países desarrollados un 32 % de los adultos mayores no pueden o necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias (AVD). El estado funcional puede evaluarse midiendo el grado de autonomía para realizar una serie de AVD relacionadas con el autocuidado, tareas domésticas y relaciones sociales. Los instrumentos clásicos para evaluar las AVD son el índice de Barthel y el índice de Katz. Los criterios de fiabilidad son escasos, otra herramienta es la escala de Lawton y Brody que evalúa 8 AVD más complejas pero es incompleta en las dimensiones cognitiva y social, se ha propuesto otros como el Funcional Independence Measure que explora autocuidado, movilidad y rendimiento cognitivo que ha demostrado ser válido, sensible y fiable pero con una escasa valoración funcional explorada a través del Índice de Barthel se ha validado en español el Short Fort-Late Life Function and Disability Instrument que valora la funcionalidad y la discapacidad de una forma más sencilla mostrando buena correlación con el Índice de Barthel con la velocidad de la marcha y con el desempeño físico. En Tenerife, España realizó un estudio donde la muestra seleccionada fue los ancianos que acudían a los centros de salud y centros mayores de Tenerife, resultado el 58% de los pacientes presentaron hipertensión arterial y el 24% diabetes mellitus, siendo en general personas sanas sin déficit cognitivo, el 80% con educación básica, la prueba definitiva quedó conformada por 26 tareas: 16 actividades cotidianas y 10 marcadores físicos de fuerza y velocidad, el factor cognitivo quedó compuesto por 9 tareas, el factor habilidad por 5 tareas, el factor movilidad por 8 y el factor fuerza por 4 (11).

La fragilidad es un estado fisiopatológico que predispone a una mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades y está caracterizada por la disminución progresiva de la capacidad reserva y adaptación que determina un deterioro global de la salud y que puede progresar a una discapacidad y hasta la muerte. El síndrome de la fragilidad también incluye la excesiva reducción de la masa magra corporal llamada Sarcopenia

por lo mismo la reducción de la deambulaci3n y movilidad. La Sarcopenia se considera un marcador biol3gico de fragilidad por lo que predispone el riesgo de caídas, trastorno de movilidad e incapacidad para realizar actividades cotidianas, por eso en Europa se ha convertido en un tema de investigaci3n principal ya que esto ha generado muchos gastos para las instituciones por lo que se realizaron estudios en 10 países de Europa estimando la prevalencia de la fragilidad en un 17% con media en Espańa superior al 27%, en Espańa se han publicado algunos estudios empleando los criterios de Fried con tasas de 8.5 y el 20%, sin embargo la causa de la fragilidad parece ser multifactorial entre ellos la aterosclerosis, deterioro cognitivo, desnutrici3n y Sarcopenia. Los instrumentos de valoraci3n son el fenotipo Fried (pérdida de peso, cansancio, baja fuerza, baja velocidad de marcha y baja actividad fíísica) y el índice de Fragilidad Rock Wood y Mitnitski son las herramientas más s3lidas utilizadas por clínicos e investigadores en el diagn3stico de la fragilidad. El más usado es el fenotipo de Fried. Una persona ser3 frágil si cumple 3 o más criterios, pre frágil si cumple uno o 2 y robusta si no cumple ninguno. Por orden decreciente de frecuencia, los criterios de fragilidad más prevalentes en la comunidad son la debilidad, la lentitud, la baja actividad, el agotamiento y la pérdida de peso. Sin embargo, el criterio que se asoci3 con más intensidad al desarrollo incidente de fragilidad en sujetos no frágiles fue la pérdida de peso, seguido del agotamiento, de la debilidad, de la baja actividad y de la lentitud (12).

Por cultura el envejecimiento est3 asociado con dependencia deterioro fíísico, mental etc., causa por la cual desencadene la incapacidad de autocuidado o autonomía del paciente geriátrico por lo que se hace necesario que un integrante de la familia realice las funciones que el paciente no pueda llevarla a cabo de esto surge el concepto de cuidado y con ello de sobrecarga Zarit a partir del modelo biopsicosocial del estr3s diseńo la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit donde esta prueba cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes, la escala clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o leve o sobrecarga intensa. En el Hospital General Regional Num.46, en Guadalajara, Jalisco (2015) realizaron un estudio tipo descriptivo-transversal con un conteo no probabilístico en donde incluyeron todos los cuidadores principales usando la escala de Zarit en donde resulto primero que los cuidadores que predominaron que principalmente las que resultaron con sobrecarga fue género femenino con nivel educativo bajo, casadas y con oficio ama de casa, la frecuencia del síndrome de

sobrecarga del cuidado fue de 48 % la de mayor porcentaje correspondió a sobrecarga intensa, compararon las h que cuidaban al paciente y en el grupo de más de 6 h se vio reflejado el riesgo de padecer sobrecarga a diferencia del que cuida menos de 6 h.(13).

En la universidad Complutense en Madrid España María Crespo hace una revisión bibliografía de los instrumentos de evaluación de la carga del cuidador encontrando 38 cuestionarios y escalas a final se seleccionó 6 instrumentos siendo el más usado el de Zarit Caregiver Burden Interview ya que está más completa aunque es muy extensa pero es la más aplicable ya que mide la ausencia de carga, carga leve y sobrecarga intensa, hay otros instrumentos que no miden la sobrecarga que no son validadas en idioma español. La escala de Zarit está adaptada y abreviada ZCBI es también para cuidadores de paciente con depresión, ansiedad y otras afectaciones (14).

Otro de los problemas más notables en este grupo etario es la polifarmacia considerándose polifarmacia al consumo concomitante de 5 o más medicamentos como así lo confirma la revista española (2017) con un estudio en 7 hospitales españoles el estudio fue observacional y prospectivo concluyo que la edad mediana fue de 82 años con edad mediana de 3 en enfermedades crónicas y en los medicamentos resultaron 10 medicamentos consumidos ,se demostró el 92.4% de los pacientes presentaban polifarmacia y de los medicamentos más consumidos fueron para los trastornos del ácido gástrico, seguidos de los antitrombóticos y los diuréticos(15).

Otra evaluación importante en los adultos mayores son la cognitiva una vez establecida el deterioro cognitivo se usan las pruebas específicas para la valoración de demencias entre ellas la escala de la Global Deterioration Scale (GDS) y la mini mental State Examination por lo que el grupo de trabajo sobre evaluación cognitiva y neuropsicológica de la SGXX elaboro instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica empleados a diferentes profesionales concluyendo de los 49 profesionales consideraron el 41 % de estos consideran muy importante la evaluación cognitiva dentro de ella la escala más empleada como instrumento de estadificación fue el GDS (16).

Las caídas constituyen un hecho muy frecuente en los adultos mayores , se estima que el 30% de adultos mayores de 65 años que viven en comunidad se caen al

menos una vez al año así mostrando un aumento progresivo al aumentar mayor edad y existen cierto factores comentándolos Ana Lave dan Santamaría en España donde hizo un estudio descriptivo y transversal , la muestra aleatoria de 628 individuos ,obteniendo como resultado con un total de individuos de 640 individuos 60.3% en su mayoría fueron sexo femenino, la prevalencia de caídas fue de 25%, en sexo masculino de un 21.7% y en mujeres del 27.1%, en cuanto al estado de salud se observó en estos pacientes síntomas depresivos, discapacidad básica e instrumental para actividades diaria, problemas auditivos, visual y del sueño con una peor percepción del estado de salud, polifarmacia y por último hay mayor prevalencia de caídas en aquellos individuos de la muestra que declararon peor calidad de vida relacionada con la salud(17).

La incontinencia es un problema frecuente en la población de los adultos mayores que afecta en su calidad de vida, gloria Ángel Jiménez (2015) desarrolla una investigación con una muestra de 123 adultos en el municipio de Sabaneta encontrando el 85.4 % de sexo femenino y el restante de hombres , que padecen de alguna enfermedad cardiovascular fue la más frecuente en un 24.4 % , estreñimiento en un 58.5% seguidas de las endocrinas en un 24.4%, de acuerdo a la incontinencia urinaria los hallazgo encontrados fueron de incontinencia de esfuerzo en un 38.7% , urgencia en un 32.3 % y el 29.0%, mixta, el 38.7% la cantidad de orina , un 22.6% manifestó incontinencia nocturna de moderada cantidad y el 6.5% restante pierde mucha(18).

2. JUSTIFICACIÓN

La atención del adulto mayor requiere de una evaluación integral desde su enfoque propio del envejecimiento, los relacionados a la actividad de la vida diaria, funcionalidad así como las comorbilidades que se acompaña por el mismo proceso de envejecimiento ya que este grupo étnico está en crecimiento acelerado con ello el incremento de sus enfermedades crónicas con lo que conlleva al aumento de gastos importantes en el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el envejecimiento activo descende muertes prematuras, discapacidades relacionadas con enfermedades crónico degenerativas, ocasionando una reducción del gasto sanitario, farmacéutico así como incrementando la participación social.

El presente trabajo se va a dar a conocer las características epidemiológicas de nuestra población del adulto mayor del programa GeriatrIMSS en Acapulco, Guerrero derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), también se identificará las comorbilidades que se están presentando, como también se valorará su estado socio familiar, que nivel de deterioro cognitivo se presenta, así como si se presenta delirium, ansiedad, se identificará si hay depresión, ansiedad, esta entidad conlleva a manifestar múltiples enfermedad por lo que se buscará intencionalmente polifarmacia, así también se valorará si existe fragilidad, sarcopenia, valoraremos el grado de dependencia para su actividad diaria e instrumentadas, mediante la valoración geriátrica integral con escalas de valoración ya patentadas que nos ayudará a recabar la información.

Por eso es importante la valoración geriátrica en nuestra población adulta mayor para identificar en esta entidad que síndrome geriátrico predomina y así emplear un plan estratégico para evitar o prevenir complicaciones y así tener una buena calidad de vida.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población se está acelerando mucho más rápido que en años pasados, por lo que todos los países se enfrentan a retos importantes de poder garantizar que sus sistemas de salud y social se encuentren preparados para afrontar este cambio demográfico ya que la pirámide poblacional se está invirtiendo y el adulto mayor está llegando a hacer prioridad en la actualidad.

En España, sigue este patrón con un 18,4% (8.657.705) de personas de 65 años y más sobre el total de su población, de los que un 6% sobrepasan los 80 años (2.778.928). Este grupo de población alcanzaría el 24,9% en el año 2029 y llegaría hasta un 38,7% en el año 2064. En México la esperanza de vida era de alrededor de 35 años para las mujeres y de 33 años para los varones. México se encuentra entre los 11 países más poblados del mundo; en esta lista se encuentran China, India, Estados Unidos de América, Indonesia, Brasil, Paquistán, Rusia, Bangladesh, Nigeria y Japón. La esperanza de vida en América Latina y el Caribe pasó de 29 años en 1900 a 74 años en 2010. En los Estados Unidos, las enfermedades crónicas representan alrededor del 75% del gasto en salud, en cierta medida debido al envejecimiento. En México, la población total es de 112, 336,538 personas y los adultos en edad avanzada de 60 años suman 10,1 millones, lo cual representa el 9% de la población total. En España promueven la jubilación tardía como estrategia para un envejecimiento activo ya que aseguran que la vida laboral en el adulto mayor genera un estado benéfico en su dependencia y mejora en su salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social existe un programa llamado GeriatrIMSS donde es específicamente para adultos mayores de 60 años y más quienes son valorados integralmente y se detectan síndromes geriátricos cuya atención es principalmente dirigida por la geriatra, enfermera geriátrica y trabajo social.

Por lo que se considera a este grupo etario más susceptible a más comorbilidad y por consiguiente su mortalidad así como su alto costo en su atención hospitalaria, es importante prevenir y detectar algún síndrome geriátrico y así realizar un plan estratégico para llevar a cabo un envejecimiento digno y saludable así como también disminuir gastos que generan a la institución.

En este contexto surgió la necesidad de contar con una investigación al respecto planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la caracterización epidemiológica del adulto mayor del programa GeriatrIMSS en el Hospital Regional N.1 "Vicente Guerrero?"

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar epidemiológicamente al adulto mayor del programa Geriatrimss en el Hospital Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes adultos mayores del programa Geriatrimss en el Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

-Determinar la incidencia de síndrome ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y delirium en adultos mayores del programa Geriatrimss en el Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

-Medir la autopercepción del estado de salud en los adultos mayores del Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

-Evaluar la polifarmacia en los adultos mayores del Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

-Valorar su funcionalidad y a los adultos mayores en el programa del Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

-Valorar la fragilidad y sarcopenia en los adultos mayores en el Hospital General Regional N.1 “Vicente Guerrero”.

5. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

Entre los síndromes geriátricos más frecuentes se espera encontrar estado depresivo en un 30% de nuestra población ,el 25% con algún grado de deterioro cognitivo, ansiedad en un 20%, delirium en un 30%, el 30% con trastorno en su funcionalidad, el 50 % con alguna perdida sensorial , el 20 % con fragilidad y sarcopenia 10%, de estos adultos mayores en un 55% tendrán algún grado de perdida en la funcionalidad tanto en las actividades de la vida diaria como en las actividades instrumentadas y con polifarmacia en un 50%.

HIPÓTESIS NULA:

Entre los síndromes geriátricos no se espera no encontrar estado depresivo en un 30% de nuestra población; no hay grado de deterioro cognitivo en el 25%, no hay presencia de ansiedad en un 10% , no hay delirium en un 10%, en un 30% no hay trastorno en su funcionalidad, el 50% no hay perdida sensorial, el 20% no hay fragilidad y sarcopenia y de estos adultos mayores en un 55% no tendrá algún grado de perdida en la funcionalidad tanto en las actividades de la vida diaria como en las actividades instrumentadas y no tiene polifarmacia en un 50%.

6. METODOLOGÍA: (DEFINICIÓN DE VARIABLES OPERACIONALES.)

6.1 TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal y analítico.

6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO: La población blanco serán pacientes del programa GeriatrIMSS derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital Vicente Guerrero, en el periodo de enero 2018 a diciembre 2018.

6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA: El método de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia ,se seleccionaron todos los pacientes atendidos en el periodo citado anteriormente, se realizó una búsqueda intencionada de los expedientes completos ; por tanto no hubo cálculo del tamaño de la muestra y fue constituida por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Edad mayor de 60 años de edad
- Pacientes de ambos sexos
- Ser derechohabientes del IMSS
- Usuarios del servicio de Geriatrimss

7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No tener vigencia de derechos en el periodo del estudio
- Pacientes con expediente incompleto
- Escalas de valoración incompletas

7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Muerte del paciente
- Imposibilidad de seguimiento del paciente

8. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.1 Descripción y operacionalización de las variables

Variables dependientes: Red de apoyo, autopercepción de la salud ,delírium, depresión, deterioro cognitivo, ansiedad, polifarmacia, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) , actividades instrumentadas de la vida diaria(AIVD) ,sarcopenia y fragilidad.

Variables independientes: Edad, sexo, estado civil, comorbilidad, número de hijos, escolaridad.

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Red de apoyo.	Es un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa.	Se interrogó mediante la escala de funcionalidad de Díaz Veiga: - Frecuencia: de ver y hablar con cónyuge/hijos/ familiares próximos/amigos: 1: Menos de una vez al mes 2: 1 o 2 veces al mes 3: 1 vez a la semana o más. -Tipos de apoyo: A: Apoyo emocional B: apoyo instrumental Satisfacción: 1: Poco 2: Algo 3: Mucho.	Cualitativa nominal	1.Nulo apoyo 2.Alguno 3.Apoyo
Autopercepción de la salud	Es una concepción individual y subjetiva que resulta de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos, y proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona.	Se realizó la escala de tipo Likert donde se respondió a la pregunta ¿Cuál es su autopercepción de la salud?	Cualitativa nominal	1.Buena 2.Regular 3.Mala

Delirium	Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora.	Se realizó por medio del cuestionario a sus familiares de Confusion Assesment Method Cam el cual consta los siguientes criterios: 1. El Comienzo si es agudo y curso fluctuante. 2. Si hay Alteración de la atención. 3. Si hay Pensamiento desorganizado. 4. Si su Nivel de conciencia alterada.	Cualitativa nominal	1.Criterio 1y 2 + criterio 3 2.Criterio 1 y 2 + criterio
Depresión	Es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Se realizó por medio de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GSD reducida) para medición de depresión validado para la población mexicana que consta 15 reactivos donde se considera de 0-5 : normal 6-9: depresión leve y de 10 a 15: depresión establecida.	Cuantitativa discreta	1.Normal: 0-5 2.Depresión leve: 6-9 3.Depresión establecida: 10-15
Deterioro cognitivo	Es el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores	Se realizó por medio del Examen mini mental de Folstein el cual calificamos los siguientes ítems: -Orientación temporal se calificara del 0-5.	Cuantitativa discreta	Normal= 28 puntos. Leve: 19-23 Moderado:14-18 Grave: menos 14

		<ul style="list-style-type: none"> -Orientación temporal max.5. -Fijación del recuerdo inmediato max.3. -Atención del cálculo max.5. - Recuerdo diferido max.3. - Lenguaje max.9. 		
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Se realizó por medio del inventario de Beck preguntando referente a lo que sintió de una semana hasta actualmente consta de 21 preguntas , Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 "en absoluto", 1="levemente, no me molesta mucho", 2 = "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" 3="severamente, casi no podía soportarlo".	Cuantitativa discreta	-Puntaje de 21 es positivo

Polifarmacia	El uso de múltiples medicamentos por un paciente, aunque el número mínimo preciso de los medicamentos utilizados para definir "polifarmacia" es variable.	Se interrogó al paciente sobre sus medicamentos que ingiere diariamente, se aceptó como polifarmacia de 5 medicamentos a más	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Actividades de la vida diaria.	Son aquellas actividades del día a día necesarias para que una persona pueda mantener una correcta salud mental y física.	Se realizó por medio de la escala de Barthel modificada que consiste en 10 ítems el cual se evaluo.1.aseo personal punt.0-5 2.Bañarse punt.0-5 Los siguientes ítem se califican de 0.2.5.8.10 3.Comer 4.usar baño 5.Subir escaleras 6.Vestirse 7.Control de heces 8.Control de orina Los siguientes ítems se calificó 0.3.8.12 9.Desplazarse 10.Traslado silla/cama	Cuantitativa discreta	80-100=independiente 60-79=dependencia leve 40-59=dependencia moderada 20-39=dependencia grave -20=dependencia total
Actividades Instrumentadas de la vida diaria.	Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal.	Se realizó por medio de la escala de Lawton y Brody consiste en 8 ítems se le preguntó sobre la (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa,	Cuantitativa discreta	0=dependencia total 1=dependencia grave 2-3=dependencia moderada 4=dependencia leve 5=autónomo

		lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente)		
Fragilidad	Es la capacidad de un material de fracturarse debido a su escasa o nula deformación permanente.	Se realizó mediante los criterios de Fried ;y son los siguientes: 1. Hay pérdida de peso involuntaria 5kilos durante 1 año 2. Si hay debilidad o agotamiento. 3. Si hay disminución de la fuerza muscular. 4.Actividad física reducida 5. Velocidad de la marcha lenta si existe 3 componentes afectados existe fragilidad si hay 1 o 2 Afectados hay pre fragilidad.	cualitativa	1.Ningún criterio: robusto 2.1 o 2 criterios Pre frágil 3.3 o más criterios Frágil 1.0-3 : saludable 2.mayor de 4 : sarcopenia
Sarcopenia	Afección que se caracteriza por pérdida de la masa, la fuerza y el funcionamiento de los músculos en los adultos mayores.	Se realizó el cuestionario de SARC-F: Incluye cinco componentes: fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras, caídas. Las puntuaciones de la escala oscilan entre 0 y	Cuantitativa discreta	4 o más puntos indica sarcopenia

		10 puntos (valorando de 0 a 2 puntos cada componente, siendo 0 = mejor estado de salud y 10 = peor estado de salud).		
--	--	--	--	--

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista.	Se obtuvo de su fecha de nacimiento reportada en su número de afiliación.	cuantitativa discreta	60-90 años
Sexo	Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales.	Se anotó el indicado en su expediente electrónico	cualitativa nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Condición en que se encuentra una persona en relación con el último grado de estudio o grado académico que cursó.	Se tomó en cuenta el que indique el cuestionario por el paciente	cualitativa nominal	1. menor a 24 escolaridad 2. Alta 21 escolaridad básica 3. Menor 18 analfabeta.
Presencia de comorbilidades	Circunstancia en que se encuentra un individuo en relación a la presencia o ausencia de una enfermedad.	Se interrogó sobre la existencia de algún padecimiento diagnosticado por un médico diferente, pidiéndose además especificar él o los diagnósticos	cualitativa nominal	1. Diabetes 2. Epoc 3. Erc 4. Hipertensión arterial 5. Cardiopatía isquémica 6. Insuficiencia cardiaca 7. Cáncer 8. Evc 9. Depresión 10. Enfermedad hepática 11. Enfermedad articular 12. Degenerativa 13. Otras

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

9.1 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Previa autorización del comité de investigación, se realizó un estudio transversal, analítico a los expedientes de pacientes de ambos sexos pertenecientes al programa GeriatrIMSS, los cuales fueron consultados por el servicio de geriatría mediante la cedula de evaluación geriátrica integral en el periodo de Enero-Diciembre 2018 de GeriatrIMSS en el Hospital General Regional N.1 "Vicente Guerrero".

9.2 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se accedió a la cedula de evaluación geriátrica integral del servicio de Geriatrimss del instituto mexicano del seguro social "Vicente Guerrero", se realizó doble captura de datos en Epidat para minimizar errores de digitación, posteriormente se analizó en el paquete estadístico Ciet Map, de primera instancia se obtuvieron frecuencias simples, posteriormente se realizó un análisis bivariado y se detectó todos aquellos cruces con significancia estadística, al final será sometidos a un análisis multivariado (regresión logística), se detectarán las variables que funcionen como distractor de efecto para eliminarlas y tomaran en cuenta aquellas que funcionen como modificadores.

9.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó estadística descriptiva con promedios y porcentajes. El procedimiento estadístico se realizó en el programa Epidat 3.1. Iniciamos con capturar las variables simples como: nombre, sexo, edad, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico y motivo de ingreso, comorbilidad al ingreso, una posteriormente la valoración socio familiar con el cuestionario de Díaz Veiga el cual consiste en preguntar la Frecuencia: de ver y hablar con cónyuge/hijos/ familiares próximos/amigos: dándole un valor de 1. Menos de una vez al mes 2: 1 o 2 veces al mes y 3: 1 vez a la semana o más así también el tipo de apoyo: a: apoyo emocional b: apoyo instrumental y la Satisfacción: 1: poco 2: algo 3: mucho y al final la puntuación será 1. nulo apoyo 2 alguno 3 apoyo(19).

Se usó la escala de tipo Likert donde se responderá a 3 preguntas donde se tendrá como respuesta 1=buena autopercepción de la salud 2.regular autopercepción de la salud de 3.mala autopercepción de la salud.(19)

Se aplicó la escala de Mini Examen del Estado Mental o de Folstein consiste en 11 dominios el cual este test cubre la orientación y la memoria; la atención; la capacidad de nombrar, cumplir órdenes verbales y escritas, escribir una frase espontáneamente y copiar

un dibujo. Suma 30 puntos en total. 21 o menos se encuentran en pacientes con demencia, esquizofrenia, delirio o un trastorno afectivo, se realiza en lapso de 5-10 minutos. Su puntaje es de 1 por cada acierto o parte de la pregunta formulada, Si contestaran correctamente a todo obtendrían 5 puntos, si no situaran el año, obtendrían 4 puntos, si fallaran además en la estación, obtendrían 3, etc. (20)

Para ver si existe depresión se revisó el cuestionario de Versión Abreviada de Yesavage de 15 validada en castellano ,está hecha para población anciana y consiste en 10 preguntas positivas y 5 negativas que sólo requiere de 5 a 7 minutos .Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: donde se considera de 0-5 : normal 6-9: depresión leve y de 10 a 15: depresión establecida.(21) Otro instrumento se revisó el de inventario de Beck (BAI) el cual sirvió para detectar ansiedad y consiste en un cuestionario el cual se contestara referente a lo que sintió de una semana y actualmente y consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63, Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". Un puntaje de : 0-21 corresponde a Ansiedad muy baja , puntaje de : 22-35 Ansiedad moderada y Ansiedad severa: más de 36.(22)

El instrumento para el delirium se revisó los Criterios Clínicos para la Detección del Delirium: Confusion Assesment Method (CAM) se tomaran los siguientes criterios :1.Cambios en el estado mental de inicio agudo y curso fluctuante.2.Atención disminuída.3.Pensamiento desorganizado.4. Alteraciones en el nivel de conciencia. Para hacer el diagnóstico de Delirium o síndrome confusional se requiere al menos 3 de los criterios antes mencionados. (23)

Se valoró la Independencia de la actividades instrumentales de la vida diaria mediante dos instrumentos Barthel modificado y Lawton y Brody. El cuestionario de Barthel modificado se trata de un cuestionario con 10 ítems tipo Likert. El Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos donde se tomara encuentra sus actividades básicas se les dará el siguiente puntaje 0 o 5 puntos por artículo para bañarse y asearse; 0, 5 o 10 puntos por artículo para alimentarse, vestirse, controlar los intestinos, controlar la vejiga, usar el baño y las escaleras; 0, 5, 10 o 15 puntos por artículo para las transferencias

y la movilidad .La interpretación son: - 0-20 puntos existe una dependencia total de 21-60 puntos dependencia severa, de 61-90 puntos dependencia moderada de 91-99 puntos la dependencia escasa y de 100puntos existirá independencia.(24)

La escala de Lawton y Brody consiste en 8 ítems que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la comprar, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc. Dicha valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8(dependencia máxima e independencia, respectivamente):•Puntuación de 0-1 dependencia total de 2-3 dependencia severa de 4-5 dependencia moderada de 6-7 dependencia ligera y de 8 autónomo.(25)

Polifarmacia se tomó en cuenta los medicamentos que reportan en la cedula de valoración geriátrica y se tomó en cuenta 5 medicamentos de acuerdo a la evaluación geriátrica de la GPC .(26)

Sarcopenia se evaluó de acuerdo a los criterios para sarcopenia de SARC-F consiste en 4 ítems: 1.dificultad para cargar pero de 4 a 5 kg con una escala de puntuación de 0 a 2. 2. Dificultad para caminar en un cuarto 0 a 2 3. Dificultad para levantarse de la cama puntuación de 0 a 2, 3. Dificultad para subir 10 escalones puntuación de 0 a 2 , La interpretación es la siguiente 4 o más puntos indica sarcopenia.(27)

La fragilidad se evaluó aplicando los criterios de Fried preguntándole si hay pérdida de peso , debilidad ,cansancio, lentitud e inactividad si existe 3 componentes afectados existe fragilidad (28).

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La presente investigación se apegará a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Normativa vigente en el IMSS para el desarrollo de investigación. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

□ La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334,

□ El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

□ El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitará consentimiento informado a los derechohabientes que deseen participar, se les informará el objetivo del estudio y se brindará confidencialidad de los resultados.

11. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra que se obtuvo fue de 147 pacientes adultos mayores, la proporción fue 3:1, favor sexo femenino (100/147), la edad media fue 78,6 años, predominó el grupo del sexo femenino de 75-79 años en un 28%, 80-84 años el 23% y más de 85 años el 20%. Véase tabla 1. El motivo de ingreso; en orden descendente fue: 40% diabetes mellitus (59/147), el 20% hipertensión arterial (29/146) así como la comorbilidad de ingreso; el 40% hipertensión arterial (59/147) y 20% representó diabetes mellitus (29/147).

Tabla.1.Relacion de edades de acuerdo al sexo.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-64	7	0	7	5%
65-69	7	5	12	8%
70-74	13	10	23	16%
75-79	28	13	41	28%
80-84	23	11	34	23%
+85	22	8	30	20%
Total	100	47	147	100%

Fuente: Encuesta recaba del programa Geriatrimss

Respecto a los datos sociodemográficos el estado civil viudo fue el que predominó 57% (79/147) seguido del casado el 31.2%, soltero 7.2% y divorciado (79/147) con escolaridad primaria 56% (56/147), analfabeta 37%(54/147) y licenciatura 7% (10/147); con número de hijos en promedio 4 a 5 (16.9%). Véase tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográfica

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	54	37%
PRIMARIA	83	56%
LICENCIATURA	10	7%
TOTAL	147	100
ESTADO CIVIL		
CASADO	46	31.2%
SOLTERO	11	7.2%
VIUDO	84	57.2%
DIVORCIADO	6	4.3%
TOTAL	147	100%
NUMERO DE HIJOS		
1	8	5.6%
2	16	11%
3	11	7.3%
4	25	16.9%
5	24	16.1%
6	18	12.1%
7	7	4.8%
8	15	10.5%
9	23	15.30%
TOTAL	147	100

Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

De 147 encuestas solo 114 valoraciones socio familiares se reportaron completas y reportaron el 44% buena red de apoyo(50/114) , 37% regular (42/114) , 19% mala (22/114) , de acuerdo a que si existe algún apoyo familiar en un 57% (66/114) y existe apoyo en un 38.5% (43/114), nulo apoyo 3.7%(5/114).Ver tabla 3.

En relación a la autopercepción de la salud resultado de 147 adultos mayores solo contestaron 115 pacientes resultando como: buena en un 42.6 % (49/115) regular 37.4%(43/115) y mala 20% (23/115).

Tabla.3.Valoracion social Diaz-veiga

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RED DE APOYO		
BUENA	50	44%
REGULAR	42	37%
MALA	22	19%
TOTAL	114	100%
APOYO SOCIAL		
ALGUNO	66	57.80%
APOYO	43	38.50%
NULO APOYO	5	3.70%
TOTAL	114	100

Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

VALORACIÓN MENTAL Y PSICOAFECTIVA

De 147 encuestas realizadas, solo 139 evaluaciones reportarán completas las siguientes valoraciones : La incidencia de depresión fue del 43.9% (61/139), delirium 28.9% (39/135) , ansiedad 25.9% , deterioro cognitivo 40.3%.Ver tabla 4.

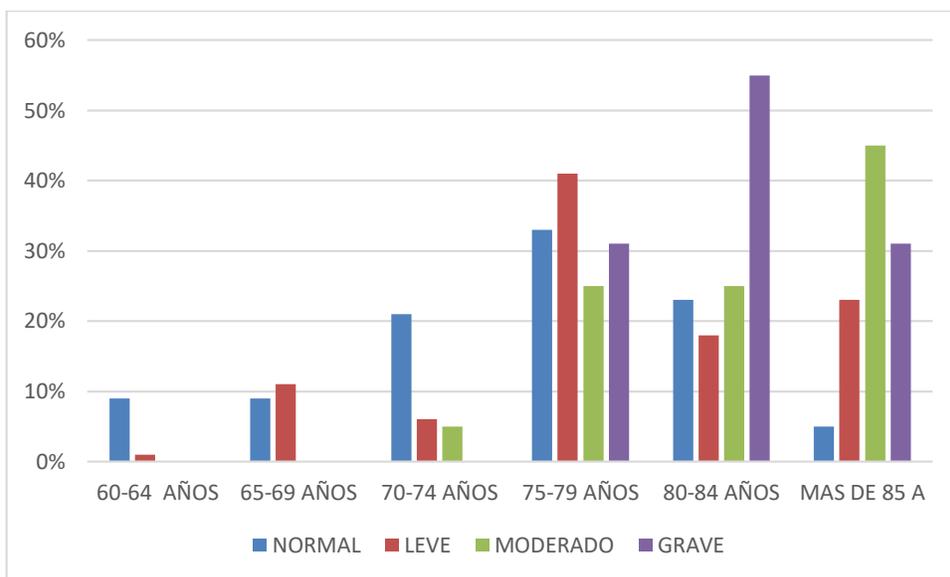
Tabla.4 Valoración Mental y Psicoafectiva.

DELÍRIUM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	28.90%
NO	99	71.10%
TOTAL	139	100
DEPRESIÓN		
SI	61	43.90%
NO	54	38.80%
NV	24	17.30%
TOTAL	139	100
ANSIEDAD		
SI	36	25.9%
NO	64	46.0%
NV	39	28.10%
TOTAL	139	100
DETERIORO COGNITIVO		
SI	56	40.3%
NO	61	43.9%
NV	22	15.8%
TOTAL	139	100
DEMENCIA		
SI	33	24.0%
NO	78	56%
NV	28	20%
TOTAL	139	100%

Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

El deterioro cognoscitivo leve en relación a la edad resultó de 75 a 79 años presenta en un 41% ,más de 85 años 23% , de 80 a 84 años el 18%, con deterioro cognitivo moderado resultó mayor en más de 85 años el 45% , 80 a 84 años el 25%, 75-79 años 25% , 70 a 74 años 5%, por último con deterioro cognitivo grave 80 a 84 años el 55%, 31% 75 a 79 años y más de 85 años predominando en sexo femenino. Ver figura 1.

Figura 1. Deterioro cognitivo en relación a grupo de edad (escala de Folstein)



Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

POLIFARMACIA

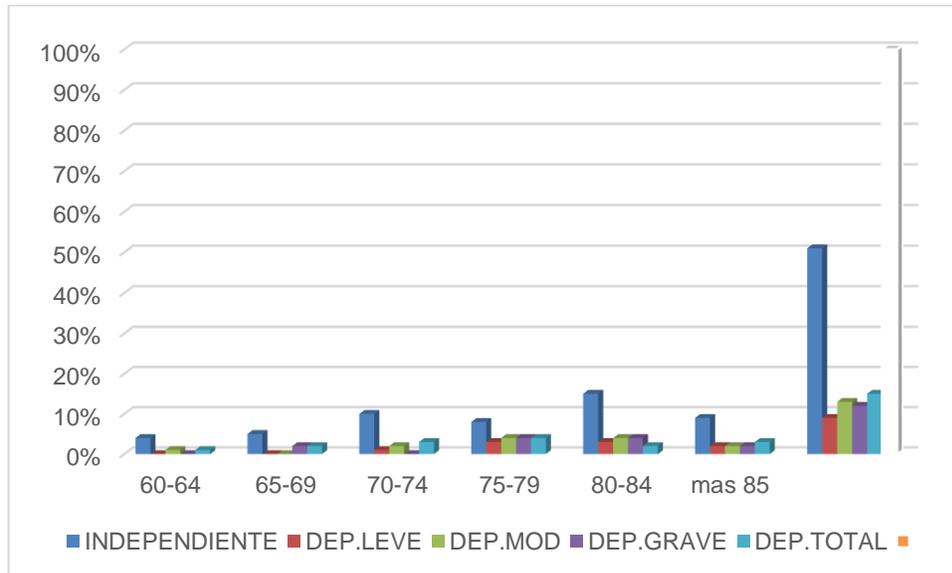
La polifarmacia fue registrada en un 52.1 % (77/147) de los cuales el 3 de cada 10 generó alergias.

VALORACIÓN FUNCIONAL

En relación a la valoración funcional ,se analizó las actividades de la vida diaria mediante la escala de Barthel ,se obtuvieron 131 valoraciones de 147 adultos mayores, reportando previamente al ingreso hospitalario: Independencia funcional 51% , 13.7% dependiente total y moderado, grave 12.2%, dependiente leve 9.2%, en relación a la edad: de 80-84 años que existe dependencia , seguido de un13% más de 85 años, en dependencia leve resulto el 9% en la edad de más de 85 años , la dependencia moderada reporto el 4% en la edad de 75 a 79 y 80-84 años, dependencia grave reporto el 4% en la

edad de 75-79 años y 80 a 84 años y por último la dependencia total 4% 75-79 años ,seguido el 3% en el grupo de edad de 70-74 años. Ver figura 2.

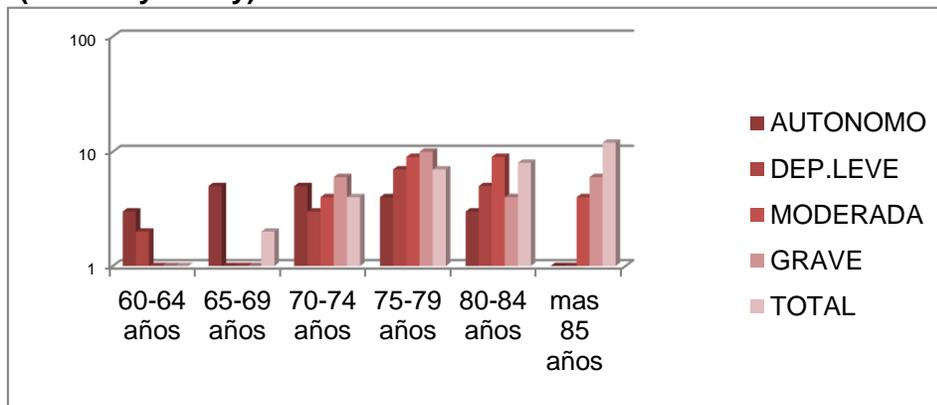
Figura 2. Actividades básicas de la vida diaria previo al ingreso hospitalario (Índice de Barthel).



Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

También sé valoró las actividades instrumentadas de la vida diaria mediante la escala de Lawton Brody donde resulto dependencia total 27%, 22% dependencia grave , 20% moderada, 16% autónomo y 15% leve ; de acuerdo a la distribución de edad ver Figura 3 .

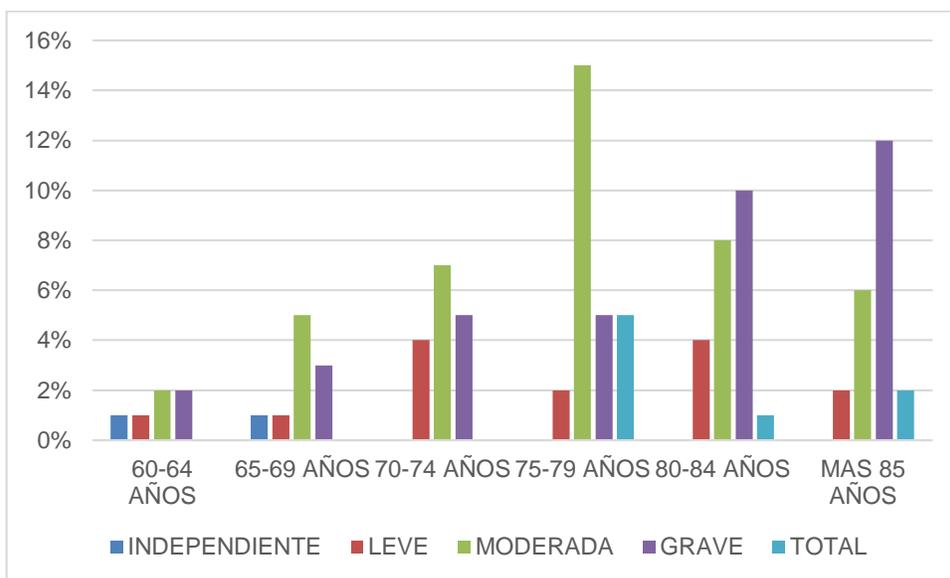
Figura 3. Actividades instrumentadas de la vida diaria previa a la hospitalización (Lawton y Brody)



Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

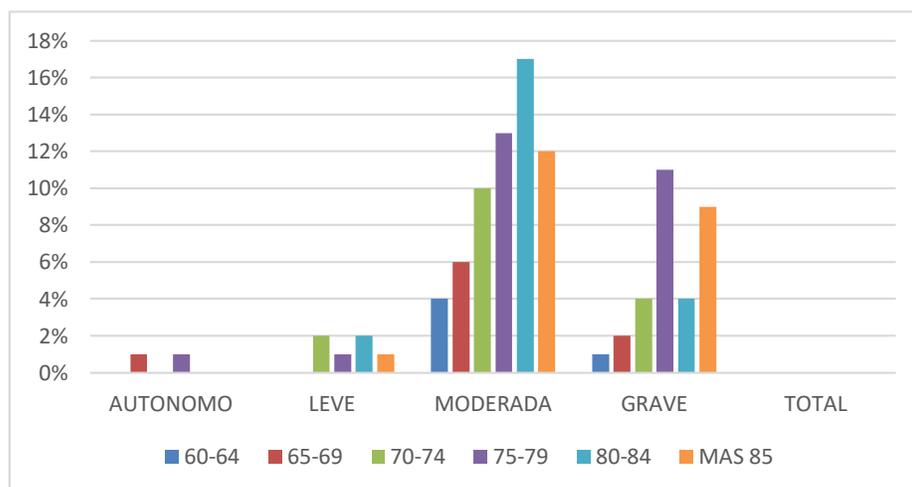
Así mismo se hizo valoración durante la hospitalización de 147 pacientes solo 131 valoraciones resultaron completas por índice de Barthel observando dependencia moderada en un 42%, grave el 37%, leve 13%, total 7% e independiente 1% ; en cuanto a distribución de edad ver figura 4 ; En las actividades instrumentadas resulto de 147 pacientes , únicamente se tomaron en cuenta 128 evaluaciones por Lawton y Brody completas resultando por escala de Lawton Brody resultando al igual dependencia moderada el 63%, grave 31%, leve 5% y autónomo 2%; de acuerdo a la distribución de edad s e observa en grafica que a partir de los 70 años hay evidencia de perdida de la funcionalidad en ABVD predominando más de 85 años. Figura 5.

Figura 4. Actividades Básicas de la vida diaria en la hospitalización (Índice de Barthel).



Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

Figura 5. Actividades Instrumentadas de la vida diaria en la hospitalización (índice de Lawton Brody)



Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

VALORACIÓN MÉDICO-BIOLÓGICA

El síndrome de caídas presentaron 44.1% , ausente el 55.9% ,el síndrome post caída se presentó el 12.7%, ausente el 87.3%, las úlceras por presión 17.8%, ausente 82.2%, incontinencia urinaria 66,2 % ausente 33.8%; privación sensorial tipo visual 88.8%, ausente 11.2%; fragilidad 60.4, ausente en un 39.6% ,sarcopenia 53.4% ,ausente 46.6%.Ver frecuencias en tabla 5.Asi también constipación en un 60% (82/136).

Tabla 5.Valoración médico-biológica

SINDROME DE CAÍDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	76	55.90%
SI	60	44.10%
TOTAL	136	100%
SINDROME POST-CAÍDA		
NO	119	87.30%
SI	17	12.70%
TOTAL	136	100%
ULCERA POR PRESIÓN		
NO	112	82.20%
SI	24	17.80%
TOTAL	136	100%
INCONTINENCIA URINARIA		
NO	46	33.80%
SI	90	66.20%
TOTAL	136	100%
PRIVACION SENSORIAL VISUAL		
NO	15	11.20%
SI	121	88.80%
TOTAL	136	100%
FRAGILIDAD		
NO	54	39.60%
SI	82	60.40%
TOTAL	136	100%
SARCOPENIA		
NO	63	46.60%
SI	73	53.40%
TOTAL	136	100%

Fuente: Encuesta recabada del programa Geriatrimss

11. DISCUSIÓN.

Mis objetivos específicos fueron cumplidos en esta investigación. La incidencia de ansiedad en el estudio de Tirso Duran (2020) con una n=98 resulto del 13.3 % , el de Espinoza Fierro (2020) con n=19 resulto de 57.9% comparado con el presente en donde se encontró 25.9% (n=139) resultando menor que Tirso explicando por la menor dependencia funcional , a diferencia de Espinoza siendo mayor debido a las características sociodemográficas ya que nuestra población son pacientes no institucionalizados por lo tanto existe buena red de apoyo.(29)(30)

La incidencia de depresión en el estudio de Eduardo Kronfly (2015) n=290 fue de 37.2% ; Liliana Rivadeneira(2016) n=200 reporto el 11% ; Helmer Zapata (2015) n=231 reporto 23.3% , comparado con nuestro estudio donde se encontró el 43.9%, siendo mayor a diferencia de los reportados por los autores mencionados esto se debe a los diferentes instrumentos de evaluación que fueron usados por dichos autores ya que no existe mayor especificidad y sensibilidad en comparación con nuestro instrumento aplicado.(31)(32)(7)

La incidencia de delirium en la revista médica de Costa Rica del autor Daniel Quesada (2015) documenta que en adultos mayores hospitalizados es del 29% ;Marcela Carrasco (2005) con n=108 reporto un 52.8% ; Cristina Arocet (2018) con n=50 reporto un 42%; Comparado con nuestro estudio donde se reportó el 28.9% tiene similitud con Quesada dicho porcentaje es en adultos mayores hospitalizados , siendo menor que los estudios de los demás autores, esto se explica por el nivel de atención y no en tercer nivel como el estudio de Arocet ,y en paciente con diagnóstico de ingreso frecuente de enfermedades metabólicas y no infecciosas como lo reporta Arocet .(33)(34)

La incidencia de deterioro cognitivo en la investigación de Edith Molocho reporto 90 % con un n =40 (2019);Tirso Badillo (2020) n=98 reporta 60.2% ; mientras el presente se encontró un 40.3% resultando menor que los estudios comentados , esto se explica a que existe diferencias en el nivel educativo ya que nuestra población tiene nivel educativo básico necesario para tener autocuidado a diferencia del estudio de Molocho su población en analfabeta y con el de Badillo el instrumento usado es el MoCa ya que no tiene menos sensibilidad y especificidad para este síndrome a diferencia del nuestro.(35)(36)

La autopercepción de la salud es reportada por Helmer Zapata –Ossa con n=231 reportando el 62% con buena ; Enrique Peláez (2015) con n=308 reporto 60.1% y mientras

el presente reporta el 42.6% resultando menor que los autores ,esto se explica debido a que son pacientes hospitalizados a diferencia de Helmer su estudio es en comunidad y la frecuencia de patologías explica la diferencia del porcentaje elevado de Peláez donde su comunidad predomina adultos mayores sanos en su mayor frecuencia.(7)(19)

La incidencia de polifarmacia lo reporto Robles Alejandro (2017) con un n=250 evidenciando el 75.2% de los cuales 68.8% con polifarmacia menor y el 6.4% en mayor; Así también Alicia del rosario Ramírez reporta polifarmacia 61.5% y polifarmacia mayor un 37%; comparado con el presente reportando el 52.1% siendo menor a lo de los autores ,esto se explica por clasificación que realizamos que fue de acuerdo a la GPC a diferencia de los autores mencionado quien lo clasificaron de acuerdo a la OMS.(37)(38)

La funcionalidad en ABVD se mostró en la investigación de Gabriela Medina (2018) con n=360 previo a la hospitalización: un 85.5% independiente , dependencia moderada 6.3% y severa 8.1% ; Cristina Arotce (2018) con n=50 reporto 40% en ABVD Independiente, 44% dependencia leve, 14% dependencia moderada ;comparado con el presente donde se encontró el 51% independiente , dependencia total 15%, moderado 13% , resulta menor que el de Medina ,esto se explica a la proporción de la muestra ya que es mayor, sin embargo el de Arotce resulta menor debido a que nuestra población es de crónico degenerativos difiriendo que su población es probable que exista mayor fragilidad ya que es una población con fracturas. En AIVD Medina reporta dependencia moderada 64%,grave 18.2% ;sin embargo Cleydi Molocho(2019) n=40 reporta dependencia severa 52.5%, dependencia moderada 25%; comparado con el presente reportamos el 27% total, 22% grave y 20% moderado, resultando menor a los autores comentados ya que nuestra población tienen mejor nivel de estudio en comparación que el de Molocho, esto puede influir en la educación en la salud de su funcionalidad de dichas actividades instrumentadas ;así también nuestra población es de diabetes e hipertensión a diferencia del estudio de Medina relaciona que hay mayor frecuencia en enfermedades tiroideas.(39)

Durante la Hospitalización las ABVD en el estudio de Victoria Chávez moreno con n=102 (2015) reporto 76.5% independiente, 9.6% dependencia leve, 3.9% dependencia total; Tirso Duran n=98 (2021)reporto 34.7% con dependencia moderada,26.5 % severa, 26.5 % independencia ,8.2% dependencia total, 4.1% dependencia leve mientras con el presente se encontró dependencia moderada 42% , grave 37% , leve 13% , total 7% , independiente 1% , resultando menor al de Chávez ;esto puede explicarse debido a que el promedio de edad de nuestro estudio es mayor y a mayor edad mayor pérdida de

funcionalidad. Sin embargo en AIVD reportada por Tirso en un 24% con dependencia en comparación al presente donde reportamos el 98% dependencia(n=128) esto puede deberse a que tenemos mayor privación sensorial visual y mayor promedio de edad.(40)

La fragilidad en el estudio realizado por Rivadeneira (2015) con n= 200 lo reporto en un 45% ; Así también Cristina Casals (2018) con n=288 reporto el 14.6% ,comparado con el presente donde se encontró el 60.4% siendo mayor , esto se explica a que es diferente instrumento de valoración en el estudio mencionado por el primer autor(criterios cubanos) , ya que el utilizado no existe suficiente información para determinar la especificidad , nuestro instrumento cuenta con suficiente evidencia , así también es probable que sea por la alta frecuencia en el sedentarismo en nuestra población. La incidencia de Sarcopenia reporto Diana V Chávez (2015) 27.5% n=102 , en cambio Antoni Salva (2016) n=276 reportando 37% comparado con el presente en donde se encontró el 53.4% , resultando mayor que en los autores comentados , se debe a la alta dependencia funcional en nuestro estudio por lo que es factor de riesgo para desarrollo de este síndrome.(32)(41)(42)

12. CONCLUSIÓN

Las características epidemiológicas del adulto mayor del programa GeriatrIMSS del Hospital Regional N.1 Vicente guerrero son las siguientes ; socio demográficamente es mayor de 78 años de edad, con una media de 78,5 ; predominando el 70 % sexo femenino y sexo masculino 30% ,con escolaridad básica en un 50% ,el 60% son viudos, con diabetes mellitus ; con buena red de apoyo 44 %,tiene buena autopercepción de la salud en un 42% ; En el área psicoafectiva tienden a manifestar depresión el 43% , delirium el 28% , ansiedad 25%, deterioro cognitivo 40% aumentando con la edad; en lo funcional son independientes en el domicilio en ABVD el 51% ;en AIVD 27% son dependientes total ;aumentando su dependencia en hospital hasta el 98%, con síndrome de caídas 44% así mismo el síndrome post caída del 12% ;se deterioran funcionalmente en un 66% presentando incontinencia urinaria , constipación 60% ; presentan privación sensorial tipo visual 88%;el 52% tiene polifarmacia; el 53% presenta sarcopenia y el 60% con fragilidad.

Se cumplieron los objetivos , se acepta hipótesis alterna , rechazando hipótesis nula que se plantearon al inicio de la investigación, ya que se obtuvieron datos relevantes del adulto mayor; este conocimiento nos permite reconocer previamente el riesgo que afecte a la salud de adulto mayor ; además evitar elevados gastos innecesario en el instituto; de esta forma nos permite implementar estrategias dirigidas y enfatizando que los hallazgos encontrados en la presente investigación son importantes para la mejora de la atención más integral y así tener una buena calidad de vida y envejecimiento exitoso.

13. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda contar con un espacio exclusivo para el programa de Geriatriamss para dar una atención completa al adulto mayor.
2. Se recomienda fortalecer y fomentar el autocuidado a través de educación para un envejecimiento activo y saludable
3. Se considera necesario grupo de autoayuda para fomentar actividades para la activación física así previniendo la pérdida de la funcionalidad
4. Se sugiere la disponibilidad de información por medio de Folletos y trípticos informativos sobre cuidados y actividades para los Adultos mayores, en las salas de espera.
5. Fortalecer a las familias mediante proyectos de educación social dirigidas a dichas familias con el objetivo de mejorar relaciones afectivas entorno al adulto mayor
6. Realizar actividades socioeducativas en temas de: Buen trato hacia el adulto mayor.
7. Fomentar el respeto de los derechos del adulto mayor, comunicación asertiva en la familia y rol de la familia en el proceso de envejecimiento.
8. Fomentar el envejecimiento activo mediante actividades de acuerdo a su edad.
9. Sensibilizar a las familias para que tomen conciencia sobre el rol que deben tomar para desempeñar frente a los cambios físicos, biológicos y psicológicos que atraviesa el adulto mayor mediante actividades motivacionales, talleres, intercambios de experiencias y acompañamiento a las personas de la tercera edad.
10. Se sugiere gestionar un área de Geriatriamss en cada una de las unidades médicas procedentes para que de manera conjunta se trabaje en equipo primer y segundo nivel.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Pérez Abascal N, García Cabrera L, Montero Errasquin B, Cruz Jentoft AJ. Valoración del paciente geriátrico. *Med [Internet]*. 2014;11(62):3641–58. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70827-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70827-3)
2. Castañeda De La Lanza C, O’Shea C GJ, Lozano Herrera J, Castañeda Penã G. Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada. *Gac Mex Oncol*. 2015;14(3):176–80.
3. Normativo M, Diagnóstico CI. PROGRAMA NACIONAL GERONTOLÓGICO 2016-2018 Índice. 2018;Pages 101.
4. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Diaz E. Usefulness of the comprehensive geriatric assessment for evaluating the health of older adults. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):321–7.
5. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2016;51(4):229–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
6. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vasquez P, et al. Clinical, functional and older socio-familial profile of the community in a district of Lima, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(4):709–16.
7. Zapata-Ossa H. Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali. *Rev Salud Publica*. 2015;17(4):589–602.
8. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-Garcia CI. Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation of a simple conceptual model. *Biomédica [Internet]*. 2016 Oct 31;37(11):92–103. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070>
9. Tafur Castillo J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Latinoam Hipertens*. 2018;13(5).
10. Cisneros GE, Ausín B. . A esto hay que añadir que las personas mayores padecen con frecuencia enfermedades crónicas, complejas, simultáneas y relacionadas con lo somático, por lo que no es de extrañar que se vinculen los síntomas ansiosos a algo de origen orgánico, como, p. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2019;54(1):34–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
11. González-Pérez T, Barroso-Ribal JD, Nieto-Barco A, Correia-Delgado R, Pérez-Hernández CA, Aguirre-Jaime A. Autómetro. Propuesta de una escala para valorar la autonomía del mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2016;51(4):201–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.007>
12. Areán García J, Suárez Linares M, López Llano ML, García García B, Suárez García FM. La fragilidad: un nuevo reto para el médico rehabilitador. *Rehabilitacion [Internet]*. 2017;51(4):247–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2017.01.004>
13. Int M. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel Caregiver burden syndrome in relatives of geriatric patients in a secondary. 2015;660–8.
14. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clin y Salud [Internet]*. 2015;26(1):9–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
15. Agustí A, Formiga F, San-José A. Polifarmacia en la población de edad avanzada y

- prescripción inadecuada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017;52(4):233–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.005>
16. Facal D, Mouriz Corbelle R, Balo-García A, González-Abraldes I, Caamaño Ponte X, Dosil Díaz C, et al. Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(2):62–70.
 17. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(6):367–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.012>
 18. Ángel G, Cortés H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. *Med UPB*. 2015;34(1):16–22.
 19. Castaño-Vergara DM, Cardona-Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores Perception of state of health and associated factors in older adults. *Rev salud pública*. 2015;17(2):171–83.
 20. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurología*. 2019;34(6):376–85.
 21. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jan 28];12(10):26–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. 2014;25(1):39–48.
 23. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med Intensiva*. 2010;34(1):4–13.
 24. Flores Ruano T, Cruz Jentoft AJ, González Montalvo JI gnaci., López Soto A, Abizanda Soler P. Geriatric assessment tools in Spanish Geriatric Departments. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014;49(5):235–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.002>
 25. 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. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(6):329–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
 26. Secretaría de Salud. Guía de Referencia Rápida Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. 2012; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologxca/GRR_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
 27. Inzitari M, Calle A, Esteve A, Casas Á, Torrents N, Martínez N. ¿Mides la velocidad de la marcha en tu práctica diaria? Una revisión. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017;52(1):35–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.010>
 28. Chávez-Moreno DV, Infante-Sierra H, Serralde-Zúñiga AE. Sarcopenia y funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado. *Nutr Hosp*. 2015;31(4):1660–6.

29. Duran-Badillo T, Alfonso Benítez Rodríguez V, De La Luz Martínez Aguilar M, Gutiérrez Sánchez G, Luis J, Herrera H, et al. Depression, anxiety, cognitive function, and functional dependence in hospitalized older adults RESUMEN. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
30. Espinosa Ferro Y, Díaz Castro Y, Hernández Hernández E, Espinosa Ferro Y, Díaz Castro Y, Hernández Hernández E. Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 2];36(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(10):616–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.012>
32. Rivadeneyra-Espinoza L, Sánchez-Hernández C del R. Síndrome de fragilidad en el adulto mayor en una comunidad rural de Puebla, México. *Duazary*. 2016;13(2).
33. Casals C, Casals Sánchez JL, Suárez Cadenas E, Aguilar-Trujillo MP, Estébanez Carvajal FM, Vázquez-Sánchez MÁ, et al. FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO, PERFIL LIPÍDICO, TENSIÓN ARTERIAL, EQUILIBRIO, GRADO DE DISCAPACIDAD Y ESTADO NUTRICIONAL. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 Jun 28 [cited 2021 Sep 2];35(4):820–6. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1672>
34. Carrasco G M, Hoyl M T, Marín L PP, Hidalgo A J, Lagos D C, Longton B C, et al. Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Oct 6];133(12):1449–54. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Molocho Carrasco CE, Gálvez Díaz NDC, Teque Julcarima MS. IMPACTO DEL PROGRAMA “AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ ACTIVA” EN LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR PERUANO. *TZHOECOEN*. 2020;12(2).
36. Duran-Badillo T, Martha ;, Salazar-Barajas E, Lizeth P, Cortés H, Milton ;, et al. Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. 2020;(15):1–11. Available from: www.sanus.unison.mx
37. Rene Robles A. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa “adultos mayores empacadores.” *NURE Investig Rev Científica enfermería*, ISSN-e 1697-218X, Vol 14, N° 91, 2017 [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 6];14(91):5. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279756&info=resumen&idioma=SPA>
38. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. A del RR, Pérez JFR, Zayas JCB. *Revista cubana de farmacia*. [Internet]. Vol. 52, *Revista Cubana de Farmacia*. Editorial Ciencias Médicas; 2019 [cited 2021 Oct 7]. Available from: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335#.YV5QYiPjJ9Q.mendeley>
39. Medina Salinas GE. Valoración del grado de funcionalidad y su asociación con la presencia de comorbilidades crónicas degenerativas en los adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa del Hospital General “Enrique Garcés” durante el primer semestre de 2018. 2018 [cited 2021 Oct 7]; Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/15546>
40. Chávez-Moreno DV, Infante-Sierra H, Serralde-Zúñiga AE. Sarcopenia y

funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 2];31(4):1660–6. Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000400028&lng=es&nrm=iso&tlng=es

41. C C, JL CS, E SC, MP A-T, FM EC, MÁ V-S. [Frailty in older adults with type 2 diabetes mellitus and its relation with glucemic control, lipid profile, blood pressure, balance, disability grade and nutritional status]. Nutr Hosp [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Oct 7];35(4):820–6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070869/>
42. DV C-M, H I-S, AE S-Z. [Sarcopenia and functionality in elderly inpatient]. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 7];31(4):1660–6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25795955/>

16. ANEXOS

CRONOGRAMA

Actividad	Ago. 19	Se p 19	O c t. 1 9	No v 19	Di c 19	En e 20	Fe b. 20	Mar . 20	Abr il. 202 0	May. 2020	Jun 2020	Jul. 2020	Ago. 2021	Sep. 2021	Oct. 2021
Definición del tema.	R														
Elaboración del plan de trabajo.		R													
Recopilación de bibliografía.			R												
Elaboración del protocolo.				R	R	R									
Entrega del protocolo.							R								
Presentación del protocolo ante el comité							R								
Autorización del protocolo.								R							
Recopilación de información.									R	R	R				
Análisis de primeros resultados.												R			
Análisis de segundos resultados													R	R	
Revisión y corrección															R
Impresión de tesis.															R

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSO:	MENSUAL	ANUAL
INVESTIGADOR ASESOR		
RECURSO MATERIAL		
COMPUTADORA PORTATIL	15 000	15 000
IMPRESORA	6 000	6 000
MEMORIA USB	400	800
1000 HOJAS DE PAPEL	200	200
INTERNET	389	4668
10 LAPICEROS	80	80
TOTAL	22 069	26748
FINANCIAMIENTO		
BECA DEL INVESTIGADOR	12 000	144 000

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)



Carta de consentimiento informado para participación en Protocolos de investigación (adultos)

Nombre del Estudio: Caracterización epidemiológica del adulto mayor del programa Geriatriamss en el hospital regional N.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco Guerrero.

Patrocinador externo (si aplica): Sin patrocinador

Lugar y fecha: Acapulco, Guerrero 2020

Número de registro institucional: _____

Justificación y objetivo del estudio: En México son escasos los estudios sobre el tema y específicamente en el estado de Guerrero, no se han realizado estudios en pacientes geriátricos como la que se propone

Procedimientos: Se realizara una valoración geriátrica a un grupo de pacientes adultos mayores, con el fin de determinar que síndrome geriátrico prevalencia mediante cuestionarios ya validados donde también se podrá generar estrategias que mejores su calidad de vida

Posibles riesgos y molestias: Me han informado que no hay procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejorar su calidad de vida

Información sobre resultados: El investigador responsable se compromete a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plante, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de los participantes

Participación o retiro: El participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica

Privacidad y confidencialidad: Los datos de manejan de manera confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros
-

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Se disponen

Beneficios al término del estudio: **En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. María de los Ángeles Salgado Jiménez,
ansaji83@hotmail.com. Tel: 7432345634

Colaboradores : Dra. María Liliana Zepeda Castillo, liliana.zepeda.1985@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.

Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



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



INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE DÍAZ-VEIGA

INSTRUCCIONES: Escriba y en su caso, marque con una X la opción que usted considere adecuada a la respuesta que proporcione el evaluado a cada pregunta y agregue el número en la columna de puntos según corresponda a su respuesta.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: ____ Fecha de evaluación: _____ Estado civil: ¿Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)? Número de hijos: ____ Vivos: ____

Fallecidos: ____

¿Tiene usted parientes? ¿Hermanos? ¿Sobrinos? ¿Primos? ¿Nietos?

ANÁLISIS DE LAS RELACIONES

PUNTOS:

CÓNYUGE

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?

1. Menos de una vez al mes 2. Una o dos veces al mes 3. Una vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?

1. Apoyo emocional 2. Apoyo instrumental 3. Apoyo emocional y apoyo instrumental

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?

1. Nada 2. Poco 3. Mucho

HIJOS

¿Con qué frecuencia ve y habla con sus hijos?

1. Menos de una vez al mes 2. Una o dos veces al mes 3. Una vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?

1. Apoyo emocional 2. Apoyo instrumental 3. Apoyo emocional y apoyo instrumental

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?

1. Nada 2. Poco 3. Mucho FAMILIARES

FAMILIARES PRÓXIMOS

¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?

1. Menos de una vez al mes 2. Una o dos veces al mes 3. Una vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus familiares o parientes?

1. Apoyo emocional 2. Apoyo instrumental 3. Apoyo emocional y apoyo instrumental

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus familiares o parientes?

1. Nada 2. Poco 3. Mucho amigos

AMIGOS

¿Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos?

1. Menos de una vez al mes 2. Una o dos veces al mes 3. Una vez a la semana o más

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus amigos?

1. Apoyo emocional 2. Apoyo instrumental 3. Apoyo emocional y apoyo instrumental

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus amigos?

1. Nada 2. Poco 3. Mucho

Puntaje total

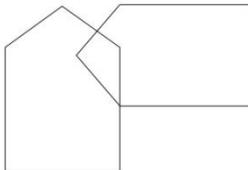


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL MÍNIMO DE FOLSTEIN (MMSE)



No sabe leer ni escribir _____ Años de escolarización: _____	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿Qué día de la semana es hoy?	0 - 5
¿Cuál es el año?	
¿Cuál es el mes?	
¿Cuál es el día?	
¿Cuál es la estación del año?	Máximo 5 puntos
"¿En dónde estamos ahora?"	
¿En qué piso estamos?	
¿En qué ciudad estamos?	
¿En qué Estado vivimos?	
¿En qué país estamos?	0 - 5
FIJACIÓN	
"Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita" (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). (Máximo 3 puntos)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100." (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta. (Máximo 5 puntos)	0 - 5
MEMORIA	
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" (Máximo 3 puntos)	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
"¿Qué es esto?" (Mostrar un reloj).	0 - 2
"¿y esto?" (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)	0 - 1
"Repita la siguiente frase después de mí: - "ni si, ni no, ni pero". (1 punto)	0 - 1
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir.	
1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)	0 - 3
"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)	0 - 1
"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)	0 - 1
"Copie este dibujo" (1 punto)	0 - 1

Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forman un diamante)



Nota: tanto la frase "Cierre los ojos" como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente.

Punto de corte: 24-30 puntos = normal.
Grado de deterioro cognoscitivo: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a 14 = GRAVE
Total:



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

(Versión reducida)

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas con un "sí" o con "no", en referencia a la semana previa

1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades)	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total: _____

Interpretación:

0 a 5 puntos= normal.

6 a 9 puntos = depresión leve.

> 10 puntos = depresión establecida.



CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM: CONFUSION
ASSESSMENT METHOD (CAM)

Selecciona con una X la respuesta

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Cambios en el estado mental de inicio agudo y curso fluctuante. | Sí | No |
| 2. Atención disminuida. | Sí | No |
| 3. Pensamiento desorganizado. | Sí | No |
| 4. Alteraciones en el nivel de conciencia | Sí | No |

1. Alerta 2. Vigilante 3. Letárgico 4. Estuporoso 5. Comatoso

Para hacer el diagnóstico de Delirium o síndrome confusional se requiere al menos 3 de los criterios antes mencionados.



CRITERIOS DE FRIED, PARA EL FENOTIPO DE FRAGILIDAD

Selecciona con una X la respuesta

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente. | Sí | No |
| 2. Autorreporte de agotamiento. | Sí | No |
| 3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro). | Sí | No |
| 4. Actividad física reducida. | Sí | No |
| 5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo). | Sí | No |

INTERPRETACIÓN:

- Ningún criterio= robusto
- 1 o 2 criterios =pre frágil
- 3 o más criterios= frágil



CUESTIONARIO SARC-F PARA DETECCIÓN DE SARCOPENIA

Ítem	Pregunta	Puntaje
Fuerza	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Asistencia para caminar	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares, o incapaz = 2
Levantarse de una silla	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz sin ayuda = 2
Subir escaleras	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

INTERPRETACION: El resultado es positivo cuando la suma de las respuestas es mayor o igual a 4 puntos.



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



ÍNDICE DE BARTHEL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Alimentación	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse (baño)	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Aseo (arreglarse)	- Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, Maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Traslado sillón cama	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambulación	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Interpretación	Grado de dependencia Menor a 20 Dependencia Total 20-35 Dependencia Grave 40-55 Dependencia Moderado 60 o más Dependencia Leve Resultado 100 Independiente	Total:



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



ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Por favor conteste las siguientes preguntas escribiendo una "X" en el número correspondiente

1.Capacidad para usar el teléfono Puede usar el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar algunos números de familiares Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar No es capaz de usar el teléfono	1 1 1 0
2. Hacer compras Realizar todas las compras necesarias independientemente Realizar independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
3. preparación de la comida Organiza ,prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente Prepara adecuadamente la comida si se le proporciona los ingredientes Prepara , caliente y sirve las comidas ,pero no sigue una dieta adecuada Necesitan que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
4. Cuidado de la casa Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) Realiza tareas ligeras como lavar los platos y hacer las camas Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza Necesita ayuda en todas las labores de la casa No participa ninguna labor de la casa	1 1 1 1 0
5. Lavado de ropa Lava por si solo su n ropa Lava por si solo pequeñas prendas Todo el lavado de ropa de ser realizado por otro	1 1 0
6.uso de medios de transporte Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche Es capaz de coger un taxi , pero no usa otro medio de transporte Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros No viaja	1 1 1 0 0



CUESTIONARIO INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Por favor conteste las siguientes preguntas escribiendo una "X" en la casilla correspondiente

PUNTAJE	0	1	2	3
1. Torpe o entumecido	No	Leve	Moderado	Bastante
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				
PUNTUACION	TOTAL:			



CUESTIONARIO 3 PREGUNTAS DE INCONTINENCIA (3IQ)

1. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tenido escapes urinarios? (aunque sea una pequeña cantidad)

SI NO* (*cuestionario completado)

2. Durante los últimos 3 meses, ¿cómo ha presentado los escapes urinarios?

- A. Cuando se encontraba realizando alguna actividad como toser, estornudar, levantar Objetos pesados o ejercicio.
- B. Cuando ha presentado la sensación inminente de vaciar la vejiga y no ha llegado lo Suficientemente rápido al baño.
- C. Sin realizar actividad física y sin sensación de urgencia.

3. Durante los últimos 3 meses, ¿cuándo ha presentado escapes de orina con mayor frecuencia? (sólo elija una respuesta)

- A. Cuando se encontraba realizando alguna actividad como toser, estornudar, levantar Objetos pesados o ejercicio.
- B. Cuando ha presentado la sensación inminente de vaciar la vejiga y no ha llegado lo Suficientemente rápido al baño.
- C. Sin realizar actividad física y sin sensación de urgencia.
- D. Los ha presentado con la misma frecuencia en todos los casos.

Tipo de incontinencia de acuerdo a lo respondido en la Pregunta 3

Respuesta

Tipo de Incontinencia	
A. Principalmente con actividad física.	De esfuerzo o predominantemente de esfuerzo
B. Principalmente con urgencia para vaciar la vejiga	De Urgencia o predominantemente de urgencia
C. Sin actividad física o urgencia urinaria	Otra causa o predominantemente otra causa
D. De igual forma con actividad física que con urgencia urinaria	MIXTA



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



MEDICACION

Polifarmacia (más de 5 medicamentos) (SI) (NO)

Alergia (SI) (NO) Especifique_____

Interacciones reales y potenciales: (fármaco-fármaco) (fármaco-enfermedad)(fármaco-alimento) (fármaco-nutriente)(fármaco-herbolaria)

Especifique_____

Acontecimientos adversos por medicamentos: (efecto secundario)(error a la administración) (reacciones adversas) especifique_____

Conciliación de medicamentos durante la hospitalización

MEDICAMENTOS PREVIOS:

MEDICAMENTOS EN LA HOSPITALIZACION

MEDICAMENTOS AL EGRESO DEL HOSPITAL

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS PARA AJUSTE FARMACOLOGICO

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____