



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

TESIS

**EVALUACIÓN GERONTOLÓGICA MULTIDISCIPLINARIA EN LA CLÍNICA
UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD “LOS REYES”**

Presenta

OSVALDO LOZANO OSORNIO

Director (a) de tesis: Dra. Rosa Diana Hernández Palacios

Asesor de tesis: Dr. Noé Contreras González

Proyecto Papime: PE-213412

México, D. F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
3.1 Aspectos sociodemográficos	4
3.2 Consideraciones generales sobre el envejecimiento	5
3.3 La salud bucodental en ancianos	8
3.4 Evaluación Gerontológica	10
3.5 Instrumentos de valoración gerontológica	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
DISEÑO METODOLÓGICO	18
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA	42

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la máxima casa de estudios y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza) por haberme admitido y darme la oportunidad de formarme como profesionista y como ser humano.

A mi familia que siempre ha estado conmigo en mis triunfos y mis fracasos, y nunca han dejado de apoyarme.

A mis papás María de los Ángeles y Arturo Ventura, por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera y por ser un ejemplo de vida para mí.

A mis hermanos Arturo y Ángel, por apoyarme en todo momento, y que este logro también es suyo, me siento muy orgulloso de tenerlos como hermanos.

A Graciela, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

A mi directora de tesis Rosa Diana, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

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

Oswaldo Lozano Osornio

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se presenta a nivel mundial; en México, el censo del año 2010, indica que el 6.3% de la población correspondía a adultos mayores; de acuerdo con las proyecciones se espera que para el año 2050 la proporción aumente a 28%, tan sólo en 50 años se alcanzarán los niveles de envejecimiento que los países Europeos ha alcanzado en más de 200 años.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, porque los servicios de salud enfrentan nuevos desafíos para el control de las enfermedades y así mejorar la capacidad funcional de las personas mayores, para su participación social, autogestión y su seguridad.

Los adultos mayores de 60 años, con frecuencia cursan con varias enfermedades, que, al ser crónicas, pueden ocasionar incapacidad e invalidez. En este sentido, se ha planteado el enfoque gerontológico, que tiene como uno de sus objetivos alcanzar el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores en el marco del envejecimiento activo, ya que a través de la valoración gerontológica multidisciplinaria se pueden detectar problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio-ambientales.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio es describir la valoración gerontológica de un grupo de adultos mayores que se realizó en la Clínica Multidisciplinaria de Atención a la Salud “Los Reyes”, en el cual participaron profesionales de las carreras de médico cirujano, enfermería, psicología y cirujano dentista, quienes aplicaron diversos instrumentos de valoración gerontológica, que fueron complementados con la evaluación física general y bucodental de los adultos mayores.

JUSTIFICACIÓN

En México el aumento de la población mayor de sesenta años es consecuencia de los cambios ocurridos por la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En la actualidad hay 10.5 millones de adultos mayores; esto es, 10 de cada 100 habitantes tienen 60 años o más.

En México ocho de cada diez adultos mayores presentan algún tipo de vulnerabilidad, ya sea en sus derechos sociales o en su ingreso, esta problemática biopsicosocial favorece la presencia de enfermedades crónicas, entre las que se encuentran los padecimientos bucodentales, sin embargo no hay suficiente personal formado para la atención especializada de los adultos mayores, se considera que hay aproximadamente 400 geriatras y 10 especialistas en odontogeriatría, de tal manera que la atención de los ancianos en el sistema de salud es brindada por personal de salud no especializado o en vías de serlo.

El incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas obligará a la demanda de servicios especializados, de alto costo; sin embargo por las carencias económicas de los ancianos, tienen poco acceso a los servicios de salud, por lo que deben aceptar su enfermedad y la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales por lo que requieren ayuda de otras personas (cuidadores), que usualmente son mujeres, quienes incluso deben renunciar a su empleo para cuidar al anciano/a. La naturaleza de los problemas de salud, plantea retos importantes al Sistema de Salud ya que en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, identificar oportunamente los padecimientos más comunes, prevenir o retrasar la aparición de complicaciones, así como mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad física, psicológica a través de la implementación de intervenciones nutrimentales adecuadas y promoción de las actividades físicas e intelectuales.

Actualmente la evaluación de los adultos mayores se enfoca a aspectos biológicos; y por la compleja problemática que presentan es necesario un abordaje

gerontológico por un equipo multidisciplinario para poder establecer estrategias acordes a sus características biopsicosociales.

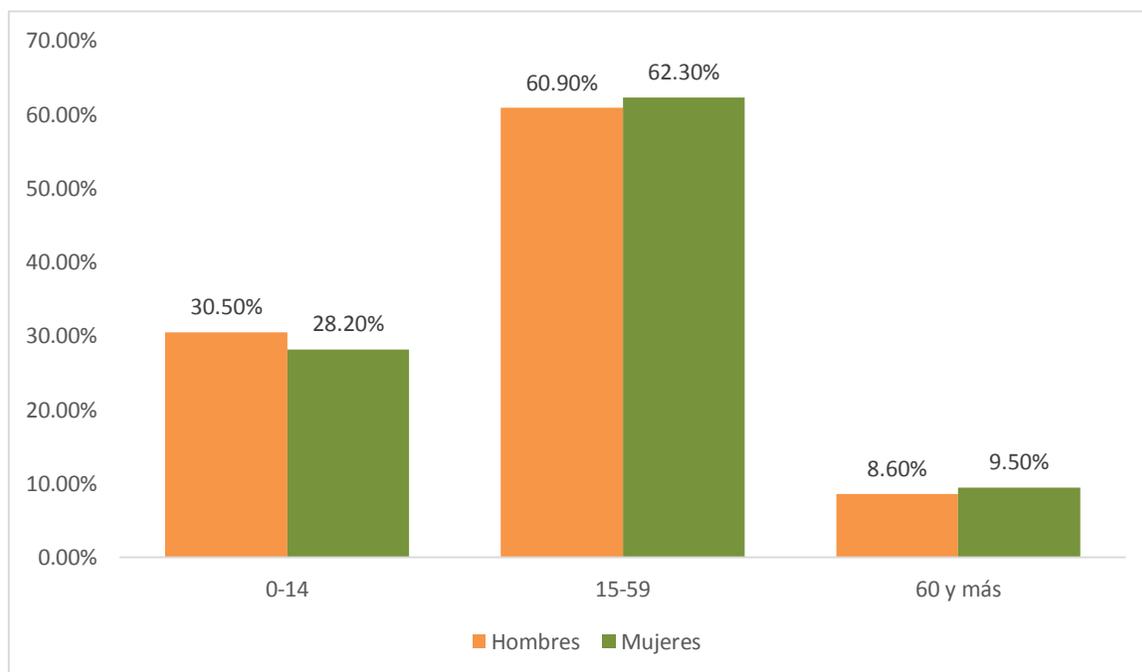
MARCO TEÓRICO

El envejecimiento de la población es un reto importante a nivel mundial, la preocupación por el cambio poblacional se debe a los problemas socioeconómicos que ocasiona por tratarse de una población consumidora de gran número de recursos. La mayoría de los países en vías de desarrollo, enfrentan los mayores desafíos ya que carecen aún de políticas integrales sobre el envejecimiento. ^{1,2}

3.2 Aspectos sociodemográficos

En los últimos treinta años se ha presentado el descenso de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida al nacer como consecuencia de la desaceleración del crecimiento demográfico, así el envejecimiento de la población en México ha estado determinada por los cambios demográficos, sociales y económicos que se expresan principalmente en los adultos de 60 y más años de edad. ³

Distribución porcentual de la población por sexo según grandes grupos de edad 2010.



Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2010.⁴

En México, el envejecimiento se ha producido con gran velocidad; en el año 2000, 6.8% de la población eran adultos mayores, se espera que para el año 2025 las personas mayores de 65 años representen 12.4 % de la población total, de acuerdo con las proyecciones para el año 2050 la proporción aumentará a 28% por lo que en tan solo 50 años, México alcanzara los niveles de envejecimiento que los países europeos ha alcanzado en más de 200 años. ^{1,2}

Por otra parte el 10% del total de adultos mayores en el país y quienes padecen pobreza extrema, ya que todos sus ingresos los destinan a la compra de alimentos y aun así no pueden adquirir lo necesario para una alimentación adecuada, ni mucho menos satisfacer necesidades de otro tipo, refiere el INEGI basado en información del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).⁵

3.2 Consideraciones generales sobre el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso individual, irreversible con cambios acumulativos que aparecen en el individuo a lo largo de la vida como consecuencia de la acción del tiempo. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. La vejez es una fase más del ciclo vital (como la infancia, la adolescencia y la fase adulta), con sus características propias, es un estado caracterizado por la disminución de la capacidad de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos y hereditarios) actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida.

A pesar de tratarse de un mismo grupo de edad, los adultos mayores pueden vivir su vejez de formas muy diferentes. Este hecho es cada vez más evidente, teniendo en cuenta la creciente esperanza de vida en los países desarrollados. No sólo se vive durante más años, sino que la variabilidad de situaciones de salud-enfermedad es mucho mayor.

Llegar a establecer el estado del proceso salud-enfermedad del adulto mayor debe ser prioritario, ya que permitirá una planificación de servicios, adecuando la atención para lograr la mejora de la calidad de vida de su calidad de vida. En las diferencias individuales del proceso de envejecimiento, interviene la combinación de las diferentes edades del hombre: la edad cronológica (tiempo transcurrido desde el nacimiento), edad biológica (que corresponde al estado funcional de los órganos comparados con el estándar establecido para cada grupo de edad) y la edad funcional (o capacidad para mantener las actividades de la vida diaria e integración en la comunidad).

El envejecimiento se asocia con disminución de las capacidades para desarrollar tareas y funciones, además con cambios biológicos en todo el organismo como son la disminución de la masa muscular y el aumento de grasa, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas).^{1,6}

Las características psicológicas de la persona mayor se relacionan con su historia personal previa, en cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro.²

Las principales enfermedades con las que se enfrentan los adultos mayores son cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, y los problemas bucales.^{6,7,8}

Incidencia de las principales enfermedades de la población de 60 años y más por grupo de edad 2010

Por cada 100 mil habitantes de cada grupo de edad

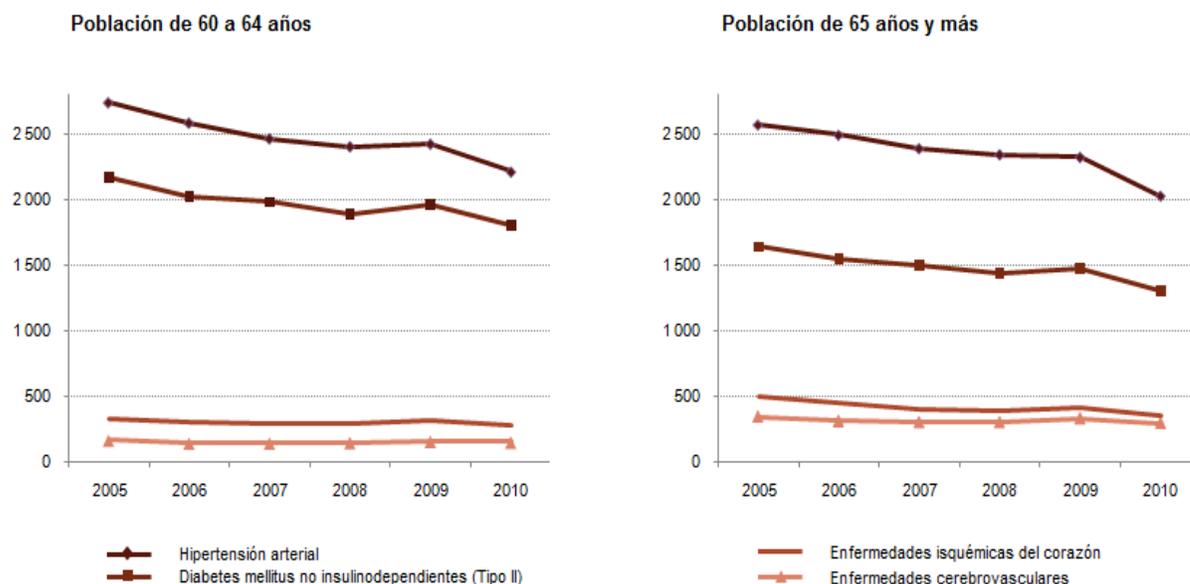


Grafico II. Fuente: SSA. CENAVECE. *Anuarios de Morbilidad 1984-2010*; CONAPO. *Proyecciones de la Población en México 2005-2050*; e INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cubos dinámicos.⁸

En el año 2010, la principal afección de tipo infeccioso en la población adulta fueron las enfermedades respiratorias agudas, que afectaron a 24 mil 204 de cada 100 mil personas de 60 a 64 años y 19 mil 600 entre las de 65 años y más, destacando en esta población las neumonías y bronconeumonías que son enfermedades de alto porcentaje de mortalidad para este grupo etario de la población. Es importante destacar también las afecciones demenciales y particularmente la enfermedad de Alzheimer, osteopenia, el deterioro sensorial, auditivo, y visual. La afección del estado nutricional, la baja respuesta inmune que suelen acompañarle son complicación de la comorbilidad, aunque las medidas preventivas suelen ser simples y de bajo costo.^{9,10}

Padecer enfermedades de tipo crónico y degenerativo, conduce a un mayor consumo de medicamentos, convirtiendo al anciano en una persona con polifarmacia, con los problemas que conlleva respecto a reacciones adversas, por sí sola puede causar morbilidad y mortalidad efectos que se expresan de una forma más agresiva en las personas mayores^{11,12,13}

El consumo de medicamentos es un aspecto importante a evaluar en los adultos mayores, debido a los múltiples problemas que se presentan por los efectos adversos e incumplimiento terapéutico, además de generar grandes egresos por la compra de los mismos.¹⁴

Las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognitivo-conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico independientemente de los factores depresivos asociados.^{15,16}

3.3 La salud bucodental en ancianos

La salud bucodental es un constituyente inseparable de la salud general, las enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión, artritis, accidente vascular cerebral, cáncer y los trastornos autoinmunes se encuentran muy relacionados con las enfermedades bucales. Los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en el sistema estomatognático. Los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho como obscurecimiento y desgaste de los dientes o como resultado de la acción de diferentes enfermedades (periodontitis), por medicamento (xerostomía), efectos de factores socioculturales y económicos.

A pesar de ser parte de la salud general de los individuos y de haberse demostrado que tiene impacto en su calidad de vida, frecuentemente es excluida por las mismas personas, en los programas de promoción a la salud y sistemas de salud; incluso, hay sistemas en los que la salud bucal es considerada de manera aislada, permitiendo que la brecha de inequidad relacionada con las condiciones de salud sea más pronunciada, especialmente cuando se habla de la salud del adulto mayor; esta disparidad está relacionada con las condiciones de vida, así como con la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de atención dental.

Las enfermedades como la caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, cáncer de boca y faringe, son problemas de salud bucal que afectan con mayor frecuencia a los países en vías de desarrollo, en especial las comunidades más pobres.¹⁹ La caries dental, que se define como la enfermedad infecciosa de origen multifactorial caracterizada por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad.²⁰ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cinco mil millones de personas en el mundo tienen caries dental. Esta enfermedad bucodental, ocasiona problemas como el dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida. Se estima que el tratamiento requerido representa entre 5% y 10 % del gasto sanitario de los países industrializados, por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. México se encuentra entre los países que presentan frecuencias elevadas de caries dental, que afecta a más de 90% de la población mexicana. Por su alta morbilidad se considera una de las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que trae como consecuencia la necesidad de grandes gastos económicos que van más allá de la capacidad del sistema de salud y de la economía de la población.^{17,18,19,20}

Las enfermedades periodontales son la principal causa de pérdida dental en los adultos mayores²¹ La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, aunque modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original; la porción más apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte, en o cerca de la unión cemento-esmalte.²¹

La frecuencia decreciente de las visitas al odontólogo a medida que avanza la edad se debe, posiblemente, a la tendencia a aceptar como normal la pérdida dental; sin embargo, los factores que afectan al uso de servicios de salud bucodental son múltiples encontrándose que el factor económico es determinante.

En la actualidad se sabe, que es posible mantener la buena salud bucodental hasta edad avanzada y que los dientes no se pierden a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores de riesgo: trastornos sistémicos crónicos que comienzan a edad temprana; estilos de vida inadecuados; iatrogenias repetidas y un mal estado nutricional. Se encuentran alteraciones del flujo salival como efecto secundario de ciertos medicamentos, así como de enfermedades sistémicas.

La salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto; por lo tanto, la salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcionales, psicosocial y económico.^{22,23}

3.4 Evaluación Gerontológica

La evaluación gerontológica multidisciplinaria se refiere a la medición de capacidades físicas, mentales y sociales, que se pueden ver afectadas por los cambios anatómicos y fisiológicos vinculados con el envejecimiento; es realizada por un equipo multidisciplinario integrado por diversos profesionales de la salud, vinculados con la atención del adulto mayor, como son: médicos, enfermeras, cirujanos dentistas, y psicólogos, podrían integrarse otros profesionales como gerontólogos, geriatras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, sociólogos, nutriólogos, químicos, homeópatas, arquitectos, entre otros, quienes formarán un equipo comunicativo e imparcial, en el cual cada experto en su área participe en el diagnóstico y tratamiento del paciente anciano.

Dicha evaluación se realiza principalmente a través de instrumentos de tamiz clínico, los cuales tienen un fundamento y validez científica que permiten establecer diagnósticos presuncionales respecto a las repercusiones físicas, mentales y

sociales inherentes al envejecimiento y a las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor prevalencia en la vejez.²²

Al iniciar con la evaluación se deben considerar los siguientes aspectos: funcionalidad física, calidad de vida y apoyo social. A través de la valoración gerontológica se obtiene información sobre los problemas de salud general, mental, social y funcional del anciano. La valoración debe realizarse con una adecuada relación médico-paciente con respeto hacia el paciente, se sugiere llamar al paciente por su nombre, sentarse y hacer contacto visual con él y utilizar un lenguaje que el anciano pueda entender. Los beneficios resultantes de la evaluación gerontológica son: el diagnóstico precoz de enfermedades no reconocidas en el proceso de atención, cuidados, reducción en el número de fármacos y mejora en la calidad de vida. El deterioro funcional en los adultos mayores no es homogéneo. La prevalencia de discapacidad entre los ancianos es proporcional a la edad. En México, de acuerdo con estudios realizados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, la discapacidad funcional más significativa se inicia entre el grupo de mayores de 74 años, ya que este grupo tiene mayores factores de riesgo que los que presentan niños o adultos jóvenes. Destacan, entre otros, los factores sociales, cambios físicos relacionados con la edad, enfermedades que contribuyen al deterioro funcional, etc.^{23,24}

Una forma de evaluar la habilidad de los pacientes ancianos para realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD); consiste en identificar deficiencia en las capacidades, así como riesgos consecuentes de alguna enfermedad; los métodos de evaluación funcional deben incluir programas diseñados para mantener la seguridad e independencia de los pacientes ancianos. Individuos que cursan por una etapa de adaptación, recuperándose de un evento agudo o una situación familiar difícil, podrían percibir un mal estado de salud con independencia de la severidad de la enfermedad de base; en contraste con personas que se perciben con buen estado de salud a pesar de su enfermedad. Por ello, el rango de percepción del estado de salud es un fuerte predictor de mortalidad con independencia del estado clínico, la edad y el diagnóstico.^{25,26}

Como parte de una evaluación integral es importante la medición de la capacidad funcional del adulto mayor para las actividades de la vida diaria, autogestión para realizar las tareas de autocuidado como vestirse, comer, deambular, bañarse, asearse y controlar esfínteres. El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para las caídas, y barreras arquitectónicas.

Respecto a la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud la define como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural, de valores en que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales” También se ha definido como “tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad.

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal, ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos. Las personas que han tenido un episodio de depresión grave ven la experiencia como algo que afectó todas sus percepciones.²⁷

La depresión en las personas mayores es una enfermedad frecuente que causa un importante impacto en su salud y funcionalidad. Al envejecimiento cerebral normal se une el impacto neurobiológico de la depresión, produciendo modificaciones estructurales en regiones específicas del cerebro que tienen relevancia clínica y pronóstica porque influyen tanto en la prolongación del estado depresivo como en la posible respuesta al tratamiento farmacológico. Además, la depresión empeora la salud física de estos pacientes y las dificultades del funcionamiento psicosocial ya presentes por el propio envejecimiento. Los pacientes ancianos con depresión tienen mayor dificultad en alcanzar la remisión y presentan mayor riesgo de sufrir recaídas que los pacientes adultos más jóvenes.²⁸

Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la

persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

3.5 Instrumentos de valoración gerontológica

Los diferentes instrumentos de valoración gerontológica deben conocerlos no solo los geriatras si no los diferentes profesionales de la salud tanto los que trabajan en alguna institución geriátrica como en otros servicios de salud, asimismo los que trabajan en instituciones de salud pública como particulares.

a) Escala de autoestima de Rosenberg

Es un cuestionario que permite detectar el nivel de autoestima de los adultos mayores, está conformado por 10 preguntas a cada una se les da un puntaje de 1 a 4 la puntuación mínima es 10 puntos y la máxima 40.²⁹

b) Escala de depresión de YESAVAGE

Es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada.³⁰

c) Calidad de vida de la OMS

Consiste en un cuestionario con 26 preguntas, que evalúa la percepción de la calidad de vida tomando como indicadores la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. La puntuación máxima es de 130 puntos.^{31, 32}

d) GOHAI

El Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) fue diseñado para detectar necesidades de atención bucodental en población geriátrica y está caracterizado por alta sensibilidad y facilidad de aplicación, lo que permite una atención oportuna. Ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad a variables clínicas permitiendo detectar necesidades de atención con mayor facilidad, además de que no requiere de personal calificado para su aplicación.³³

e) Índice de Higiene Oral Simplificado

Evalúa la presencia de placa dentobacteriana (biopelícula) en una escala de 0 a 3. Para el examen se utiliza un espejo bucal y un explorador dental. Se revisan seis superficies dentales: las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho.³⁴

f) Índice CPOD

Significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. Se calcula con base en 28 dientes permanentes, excluyendo los terceros molares. Dicho índice se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideran sólo 28 dientes.³⁵

Otros instrumentos que nos sirven para complementar la evaluación gerontológica integral: la escala de salud, mini examen del estado mental de Folstein, escala de Barthel modificada, índice de Katz, actitudes físicas de NAGI, actitudes instrumentales de la vida diaria de Lawwton y Brosy, Escala de Tinetti modificada, mini valoración nutricional (MNA) modificado, antropometría, alimentación, estilo de

vida , escala Atenas de insomnio, redes de apoyo y test de sobrecarga del cuidador
estos instrumentos de valoración gerontológica se anexan a la tesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son un grupo poblacional con vulnerabilidad, que tiene alta frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas y bucales; no obstante el enfoque tradicional de evaluación de los adultos mayores por lo general se enfoca a aspectos biológicos, sin considerar los psicosociales y dada la compleja problemática que presentan es necesario un abordaje gerontológico, sin embargo son pocos los estudios que permiten conocer aspectos gerontológicos de los adultos mayores, por lo que se plantea:

¿Cuáles son los principales problemas de salud bio-psico-social de los adultos mayores en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Los Reyes?

OBJETIVO GENERAL

Realizar la evaluación gerontológica multidisciplinaria en los adultos mayores que acuden a la CUAS “los Reyes”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar los instrumentos de valoración gerontológica de los adultos mayores.

Identificar los problemas de salud de los adultos mayores.

Realizar la evaluación física de los adultos mayores.

Realizar el examen bucal de los adultos mayores.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, prolectivo y transversal

Universo: 250 adultos mayores

Muestra: 50 adultos mayores

Métodos:

En la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) “Los Reyes” ubicada en el Estado de México, se realizó la evaluación gerontológica a 50 adultos mayores con un equipo multidisciplinario del área de la salud integrado por profesionales de la salud de medicina, odontología, enfermería y psicología, quienes participaron de la siguiente manera: el médico realizó la valoración sistémica, enfermería participó en la aplicación de instrumentos de valoración gerontológica, psicología aplicó los instrumentos de evaluación geriátrica de depresión de Yesavage, autoestima y calidad de vida, el estomatólogo aplicó los índices de caries dental (CPOD), Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillion (IHOS), índice de necesidades periodontales a nivel comunitario (INTPC), la profundidad de las bolsas periodontales se midió con sonda periodontal; también se aplicó el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para valorar la autopercepción de salud bucal de los adultos mayores

VARIABLES

Variable dependiente: Valoración gerontológica

Variables independientes:

Edad

Sexo

Caries dental

Enfermedad periodontal

Higiene bucal

Autopercepción bucal

Depresión

Autoestima

Calidad de vida

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de Medición	Operacionalización
Edad	Tiempo de vida que informa el sujeto al momento de la evaluación	Cuantitativa Discontinua	Años
Sexo	Características fenotípicas de cada individuo	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Caries dental	Enfermedad infecciosa de origen multifactorial que afecta a los tejidos calcificados del diente	Cuantitativa discontinua	Número de dientes con caries en la corona clínica
Enfermedad periodontal	Número de dientes Afectados en el tejido de inserción	Cuantitativa Discontinua	Número de zonas periodontales afectadas
Higiene bucal	Presencia o ausencia de depósito dentario de consistencia blanda, de firme adhesión a la estructura dentaria	Cuantitativa Discontinua	Número de superficies dentales cubiertas por placa dentobacteriana (biopelícula)
Autopercepción bucal	Darse cuenta del sentir y hacer consciente el acto por el que se alcanza la representación formal de condiciones bucales	Cualitativa nominal	Buena Regular Mala
Depresión	Trastorno del estado de ánimo, se caracteriza por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, para disfrutar de los acontecimientos de la vida	Cualitativa Nominal	Si No
Autoestima	Es la percepción evaluativa de nosotros mismos	Cualitativa Nominal	Si No
Calidad de vida	Es la percepción multidimensional de bienestar físico, social, psicológico y ambiental.	Cualitativa nominal	Buena Regular Mala

RECURSOS

Humanos:

Director de tesis: Dra. Rosa Diana Hernández Palacios

Asesor de tesis: Dr. Noé Contreras González

Pasantes: Odontología, Medicina, Enfermería y Psicología.

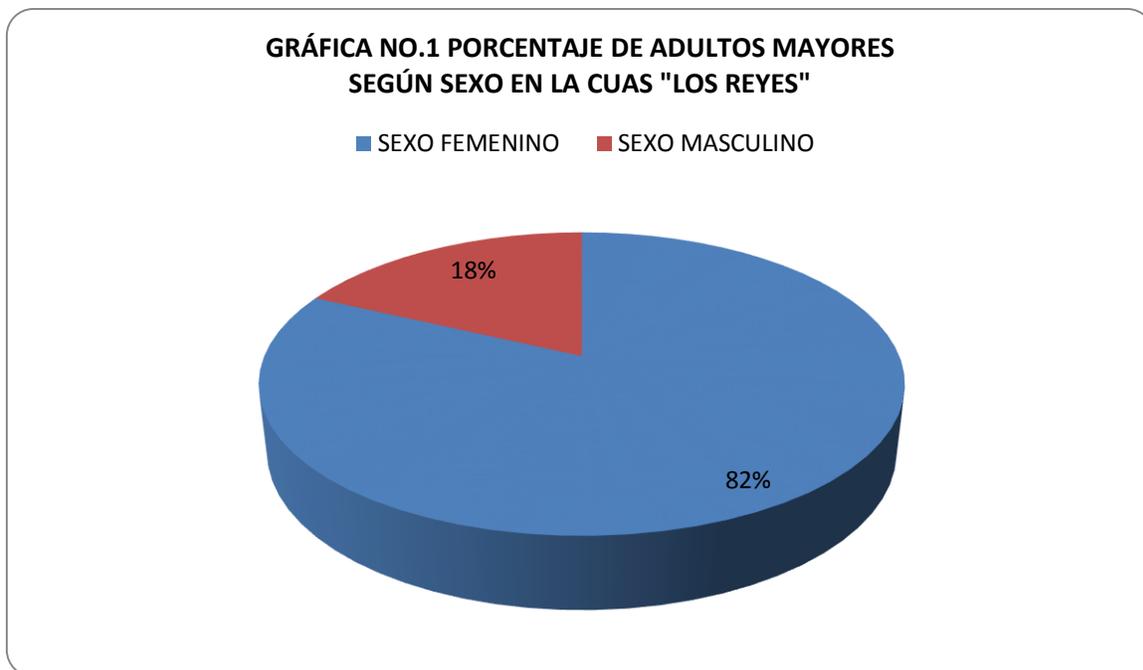
Físicos:

Clínica Universitaria de Atención a la Salud los Reyes.

Materiales:

Instrumentos de valoración gerontológica, papelería, computadora, cubrebocas, guantes abatelenguas, sonda periodontal.

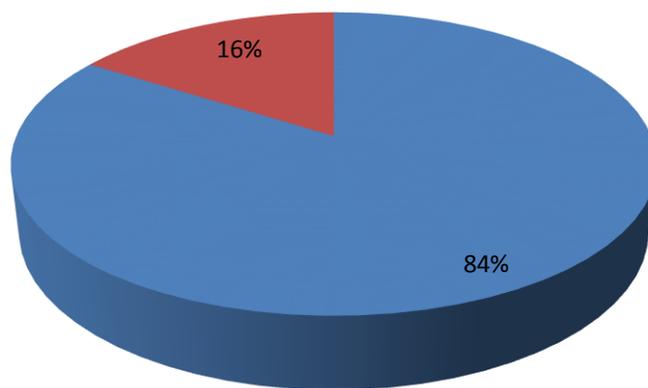
RESULTADOS



La gráfica No. 1 muestra que el total de la población de adultos mayores que participaron en el estudio es de 50, de los cuales el 82% (41) correspondieron al sexo femenino y 18% (9) al masculino, la edad promedio es de 69 (± 7.4) años.

**GRÁFICA NO. 2 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN LA CUAS "LOS REYES"**

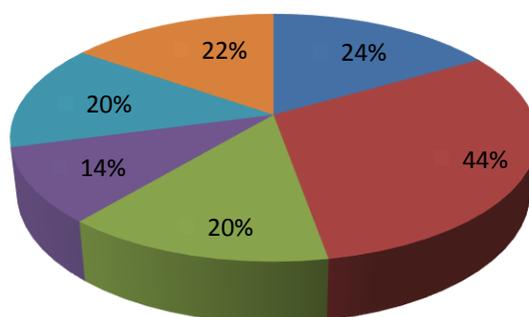
■ ENFERMEDADES SISTÉMICAS ■ SANOS



La grafica No. 2 muestra los adultos mayores que presentaron enfermedades sistémicas con un 84% (42) y sin enfermedades 16% (8).

**GRÁFICA NO.3 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN LA CUAS
"LOS REYES"**

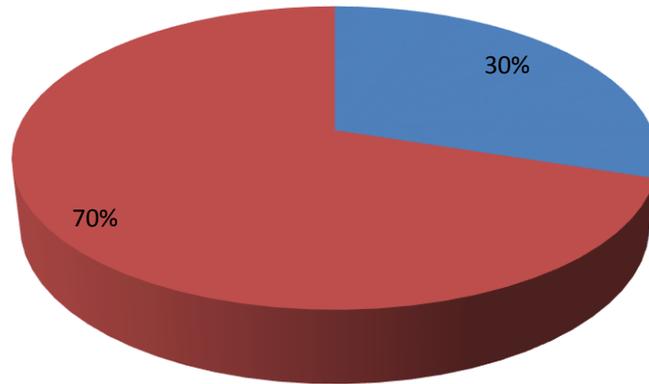
■ HIPERTENSIÓN ■ DIABETES MELLITUS ■ ARTRITIS
■ GASTRITIS ■ OTRAS ■ SOBREPESO



La grafica No.3 muestra la distribución de enfermedades sistémicas en los adultos mayores; con diabetes mellitus 44%(22), hipertensión arterial 24% (12), sobrepeso 22% (11), artritis 20% (10), gastritis 14% (7) y otras 20% (10), es importante resaltar que algunas personas presentan dos o más enfermedades.

GRÁFICA NO. 4 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA CUAS "LOS REYES"

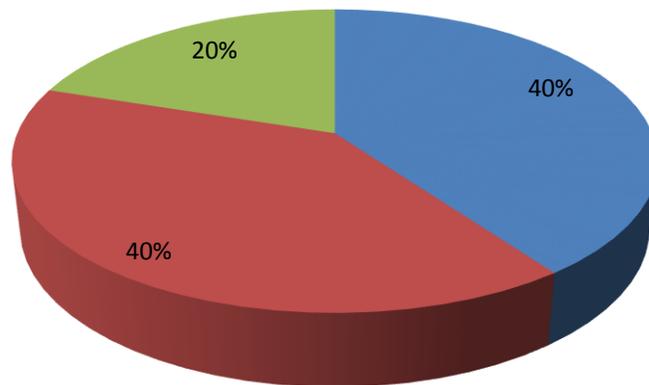
■ CON DEPRESIÓN ■ SIN DEPRESIÓN



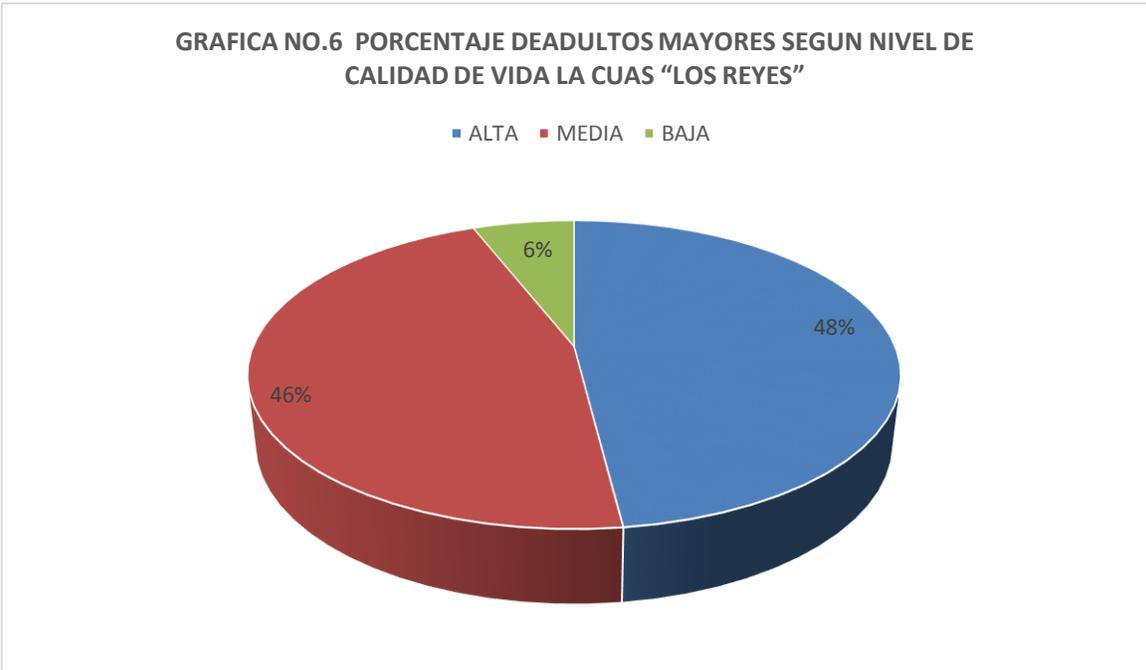
La grafica No.4 muestra que en la valoración psicológica, se encontró que 30% (15) de los ancianos presentan depresión.

GRAFICA NO.5 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA EN LA CUAS "LOS REYES"

■ ALTA ■ MEDIA ■ BAJA



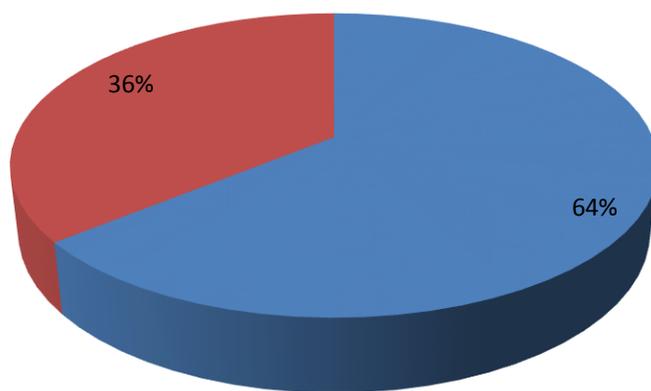
Grafica No.5. muestra el nivel de autoestima que tienen los adultos mayores, corresponde a alta en 40% (20), media en 40% (20) y baja en 20% (10).



Grafica No. 6 muestra el nivel de calidad de vida según es considerada por los adultos mayores; corresponde a alta en un 48% (24), media en 46% (23) y baja en 6% (3).

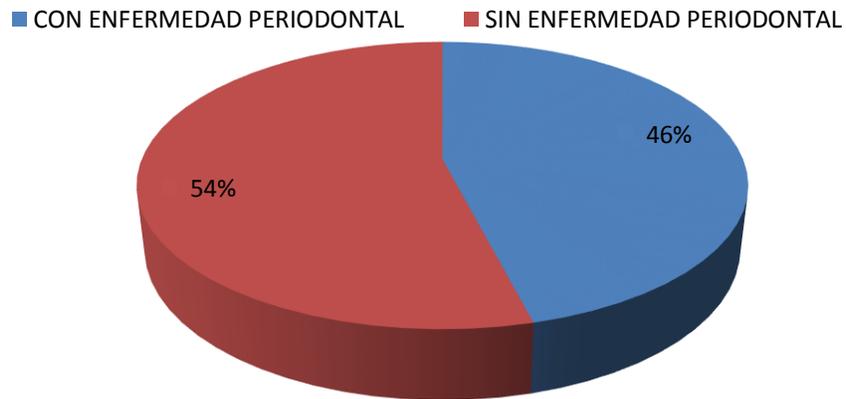
**GRAFICA NO.7 ADULTOS MAYORES CON CARIES RADICULAR EN LA CUAS
"LOS REYES"**

■ CON CARIES RADICULAR ■ SIN CARIES RADICULAR



Grafica No. 7 muestra la afectación que tienen los adultos mayores por caries radicular con 64.1% (32) respecto a la experiencia de caries dental (CPOD) se observa que la media fue de 25.7 (\pm 4.5) en donde la categoría de diente perdido es la de mayor prevalencia con una media de 13.4 (\pm 7.6).

**GRÁFICA NO.8 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA CUAS
"LOS REYES"**

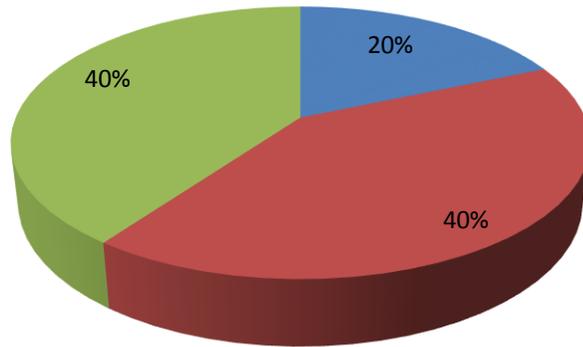


Gráfica No.8 se presenta la frecuencia de enfermedad periodontal, donde la afectación fue de 46% (23) con periodontitis. Ningún adulto mayor tuvo salud periodontal ni código 1 de enfermedad periodontal. El 20% con código 2 bolsa periodontal <3.5 mm, el 8% con código 3 bolsa periodontal 3.5-5.5mm, el 18% con código 3 bolsa periodontal mayor a 5.5mm.

Respecto a la valoración de la higiene bucal de los adultos mayores se muestra un promedio de 2.4 considerada como regular, lo que representa un alto riesgo para los altos índices de caries dental y la consecuente pérdida dental, el 60% de ellos es portador de prótesis dental.

**GRÁFICA NO.9 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES
SEGÚN NIVEL DE GOHAI EN LA CUAS
"LOS REYES"**

■ BUENO ■ REGULAR ■ MALO



Grafica No. 9 muestra los resultados respecto a la percepción de salud bucal que tienen los adultos mayores según nivel del GOHAI, donde 20% (10) fue bueno, 40% (20) regular, y 40% (20) malo.

DISCUSIÓN

En el estudio participaron 50 adultos mayores, de los cuales 82%(41) fueron mujeres y el 18%(9) hombres. La distribución de la población por sexo con mínima participación de los hombres, se explica entre otros aspectos, a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida ya que las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2013, es de 78 años para las mujeres, y de 72 años para los hombres.⁴

La multidisciplina plantea los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de distintas disciplinas en un mismo campo para la resolución de problemas complejos, sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplinas, es decir, la multidisciplina es la actividad donde diferentes disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo objeto. La valoración gerontológica multidisciplinaria se realizó con la participación de médicos, enfermeras, psicólogos y odontólogos, lo que permitió identificar la problemáticas de salud biológica, psicológica y social. Con relación a las enfermedades sistémicas del adulto mayor, se identificó que el 82% presentaba alguna o varias enfermedades, encontrándose como las más frecuentes diabetes mellitus e hipertensión arterial, estos datos son similares a lo reportado por el INEGI,⁸ ya que dichas enfermedades corresponden a las principales causas de mortalidad en México, esto origina que los adultos mayores consuman gran cantidad de fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.^{36,37,38,39}

Respecto al sobrepeso y obesidad, el 22% presentó sobrepeso, cabe mencionar que es el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo; además el 44% de la carga de diabetes y el 23% de cardiopatías isquémicas son atribuibles a dichos factores.⁴⁰

El 24% presentó hipertensión arterial, estos datos son inferiores a los encontrados en la población geriátrica americana donde se observa en mujeres negras (82.9%)

y la más baja en hombres blancos (59.2%), encontrándose una distribución porcentual característica entre los diferentes grupos étnicos de acuerdo con el género. Los datos del estudio denominado Helsinki Aging Study, sugieren que las cifras de presión arterial de la mayor parte de los adultos mayores disminuyen a partir de los 65 años en el mediano plazo, siendo la línea base inicial el único predictor aislado que se relaciona en forma directa con la disminución subsecuente en los años siguientes (27% a 37% de la varianza). Otras variables que influyen en el comportamiento de la tensión arterial en la senectud son el estado general del paciente, la disminución del nivel de colesterol y la reducción del nivel de triglicéridos.⁴¹

Respecto a la diabetes mellitus, en el estudio se encontró una afectación del 44%, esta cifra es menor al 50% de las personas mayores de 65 años afectadas por DM a nivel mundial, en los Estados Unidos de América la incidencia es del 18% de los ancianos, mientras que en México tiene un incremento anual de 41.1% en la población, y en los adultos mayores la incidencia es del 40%, por lo que es considerada un problema de salud pública, en la población mexicana esta enfermedad se ha incrementado debido al aumento de obesidad por el cambio en los patrones culturales de alimentación, tal vez debido a la globalización que favoreció el consumo de comida “chatarra” que tiene alto contenido de grasas y carbohidratos, además la vida sedentaria favorece dicha enfermedad. Generalmente en los ancianos encontramos a la DM con las manifestaciones tardías de la misma como son la retinopatía, nefropatía y neuropatía, además se reconoce que incrementa la discapacidad y la mortalidad prematura. En América Latina y el Caribe (ALC), las predicciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la prevalencia de la diabetes crecerá de 34 millones en 2000 a 64 millones en 2025.⁴² Dado el proceso de envejecimiento que ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, la diabetes pronto será un problema de salud que exigirá el uso creciente de recursos.⁴³

En el estudio se encontró que el 20% de adultos mayores presentó artritis, la cual es una enfermedad crónica, multisistémica, progresiva que se caracteriza por

sinovitis destructiva y en algunas ocasiones manifestaciones extra articulares. Su prevalencia varía en base a la región estudiada y la edad de inicio de la enfermedad.⁴⁴

La gastritis se presentó en el 14% de los adultos mayores, por lo común está relacionada con la ingesta de fármacos, se manifiesta a través de indigestión, dolor, náuseas, vómito, pérdida del apetito y aliento con olor a amoníaco.⁴⁵

Con relación a la evaluación psicológica, se encontró que el 30% presentó depresión, esta cifra es mayor a la encontrada entre la población mexicana con prevalencia de 5.8-10%, en la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes³⁹ en el anciano es común que no sea detectada ni tratada oportunamente, lo que ocasiona sufrimiento, discapacidad en quién la padece y hasta suicidios. Otra causa por la cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.⁴⁶

La vejez es una etapa de la vida donde a menudo se piensa que las personas están destinadas solamente a descansar, no participar en el sector laboral o interactuar en su contexto social, por lo que muchas de estas personas son rechazadas, incluso en el ámbito familiar; por su dependencia, dando como resultado una baja autoestima en ellos.⁴⁵ En el estudio se encontró que hay un porcentaje de adultos mayores que tienen problemas de autoestima (60%). Con el fin de minimizar las desventajas asociadas a dicho grupo etario es necesario integrar diversos elementos acerca de sus modos de vida, redes de apoyo social, atención médica, apoyo psicológico, alimentación, ingresos económicos, derechos jurídicos entre otros. Estos factores, influyen decisivamente en el juicio que los adultos mayores hacen de su ánimo y valor personal; su carencia los lleva a percibirse como inferiores, se observa en ellos no sólo un rechazo de sí mismos, sino también la incapacidad de integrarse a diversos grupos; afortunadamente, hoy en día hay un cambio en tales consideraciones para el adulto mayor por la implantación de diversos programas de atención e integración en instituciones de salud, áreas

laborales y sociales, para su bienestar personal, que si bien son restringidos, han favorecido a algunos adultos mayores .⁴⁷

Respecto a la calidad de vida, el 46% de los ancianos consideró que es alta, 48% media, esto se puede deber a que a pesar de que presentan condiciones de salud desfavorables, aun no tienen discapacidad y cuentan con otros recursos como son las redes de apoyo social, sin embargo en México, en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (2001-2003) se encontró que los adultos mayores además de presentar vulnerabilidad económica, cuentan con escasas redes de apoyo institucionales, de seguridad social y cobertura de servicios de atención a la salud; en 2004 según las cifras del INEGI del total de las personas de 60 años y más sólo una de cada cinco gozaban de algún tipo de pensión, de las cuales, 61.7% eran hombres y 38.3% mujeres.

Respecto a los problemas bucodentales del adulto mayor la caries dental se encontró con un CPOD de 25.7 lo cual se considera muy elevado y puede ser debido a diversos factores presentes en el anciano como es la hiposalivación, xerostomía, mala higiene bucal con acumulación de biopelícula, la dieta alta en carbohidratos y el factor tiempo. Una vez expuesta la superficie radicular al medio bucal, el cemento entra en contacto con la saliva, lo cual facilita las lesiones de caries en la superficie radicular. La caries radicular es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica, senil o por enfermedad periodontal. La caries radicular se encontró en el presente estudio con prevalencia del 64.1%. Tanto el cemento como la dentina, al estar menos mineralizados que el esmalte, tienen un pH más elevado (6.0-6.5) y su desmineralización se inicia precozmente (con componentes de la dieta no tan refinados como los monosacáridos y disacáridos). Hay evidencia de que la caries dental y la enfermedad periodontal se encuentran estrechamente relacionadas con diversos problemas sistémicos como son las enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neurodegenerativas.^{48,49,50}

Respecto a la enfermedad periodontal, se encontró una afectación del 46%, la prevalencia y la gravedad de las periodontopatías varían en función de diversos factores como la higiene bucal, enfermedades sistémicas y aspectos

socioculturales. Los primeros signos de periodontopatias suelen ser evidentes en los adultos jóvenes y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años. La enfermedad periodontal se considera como la primera causa de pérdida dental en los adultos mayores, lo cual afecta la masticación, originando alteraciones en la digestión y puede tener como consecuencia la malnutrición, además puede causar depresión, aislamiento y afectar la calidad de vida del adulto mayor. ^{51,52}

Los resultados del instrumento denominado Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), ⁵³ mostraron que la percepción de salud bucal de los adultos mayores, fue buena en 20%, regular en 40% y mala en 40%, esto nos indica que a pesar de las deficientes condiciones de salud bucal en los adultos mayores, no perciben una mala salud bucal, esto se puede deber al concepto equivocado de que es normal que los ancianos pierdan sus dientes. ⁵³

CONCLUSIONES

La valoración gerontológica multidisciplinaria permitió identificar la problemática biopsicosocial de los adultos mayores.

Los adultos mayores presentan alta frecuencia de enfermedades sistémicas, psicológicas y bucodentales, que son el resultado acumulativo de diversos procesos que los han afectado a lo largo de su vida.

El trabajo en equipo multidisciplinario es una estrategia que permite adquirir conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que enriquecen a cada uno de los profesionales que integran el equipo, además favorece el abordaje de la compleja problemática que presentan los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

Incorporar en los planes y programas de estudio de las carreras de medicina, enfermería, psicología y cirujano dentista aspectos referentes a la valoración gerontológica del adulto mayor.

Incentivar a los profesionales de la salud y al equipo multidisciplinario para abordar la problemática del adulto mayor, y así, poder identificar a la población de mayor riesgo y de mayor necesidad de asistencia sanitaria.

Tomar en cuenta las necesidades reales de cada adulto mayor y así, brindarle la atención que requiera cada uno de ellos: educación, rehabilitación, atención médica, odontológica o ayuda social.

Desarrollar programas de promoción de la salud bucal para adultos mayores.

Incorporar el paquete total de los instrumentos de valoración gerontológica en cuestión, para con ello ofrecer un apoyo integral a nuestros ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-Palacios RD, Mendoza-Núñez VM, Martínez-Zambrano IA, Morales- Mancera L. Odontogeriatría y Gerontología. México: FES Zaragoza, UNAM & Trillas. 2011: 35-51.
2. Marín J.M. Envejecimiento. Salud Pública Educ Salud 2003; 3 (1): 28-33.
3. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México. 2002.
4. Grafico I. Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos.
5. González S. En México 72% de adultos mayores padecen vulnerabilidad social: INEGI. Periódico Jornada. Lunes 30 de septiembre de 2013.
6. Gómez J. Saiach S. Lecuna N. Envejecimiento. Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina. 2000; 100:21-23.
7. Allevato M, Gaviria J. Act Terap Dermatol 2008; 31: 154-159.
8. Grafico II. Fuente: SSA. CENAVECE. Anuarios de Morbilidad 1984-2010; CONAPO. Proyecciones de la Población en México 2005-2050; e INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
9. Lisigurski M, Varela L, Ortiz PJ. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. Revista Sociedad Peruana. Med. Interna 2002; 15(1):39-45.
10. Varela L. Geriatria. Valoración geriátrica integral. Diagnóstico. 2003; 42(2): 73-80.
11. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2002; 37(2): 74-105.
12. Campos R. Torres D. Argalis E. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002; 18(5):1271-1279.
13. Martínez T. Rubio E. García J C. López Y. Enfermedades crónicas y medicamentos consumidos por la población mayor que acude a centros de convivencia del Ayuntamiento de Zaragoza. Rev. Mult Gerontol 2009; 19(2):64-71.

14. Reyes H. Valdislavouna S. García J J. Espinosa A. Guía para la evaluación gerontológica integral. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 291-306.
15. D´Hyver C, Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria. Manual Moderno. Barcelona, España. 2006.
16. Becerra M. Depresión en el Adulto Mayor. Facultad de Medicina UNAM. http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
17. Fuente-Hernández J, González de Cossío M, Ortega-Maldonado M, Sifuentes-Valenzuela MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Pública Méx 2008;50:235-240
18. Rivera T G, Bello A M, Guzmán S. Prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores de 60 años, en dos localidades del estado de Veracruz. Tesis maestría en salud pública con especialidad en odontología social. México (Monterrey) 2001.
19. Jiménez J, Esquivel R I. Estudio comparativo de caries dental en cinco generaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Revista ADM.LXVIII (2): 67-72.
20. Fuente J, González M, Ortega M, Sifuentes M C. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud pública Méx 2008; 50 (3):235-240.
21. Castellanos, J. y Diaz, L. (2002). Periodontitis crónica y enfermedades sistémicas. Revista Asociación Dental Mexicana; 59(4):121-127.
22. Reyes H. Valdislavouna S. García J J. Espinosa A. Guía para la evaluación gerontológica integral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 291-306.
23. Escala de Calidad de Vida En: Hernández-Palacios RD, Mendoza-Núñez VM, Martínez-Zambrano IA, Morales-Mancera L. Odontogeriatría gerodontología. México: FES Zaragoza, UNAM & Trillas, 2011.
24. Gamble A. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. 2000. Gobierno del Distrito Federal. México.

25. Martínez J A, Martínez V A, Esquivel C E, Velasco V M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28
26. Peláez M. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 3ª edición. 2003
27. Douglas C. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Documento disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
28. Agüera L. Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. Psicogeriatría 2011; 3 (1): 1-8 www.viguera.com/sepg
29. Escala de auto estima de Rosenberg-RSES <http://sicolog.com/?a=1669>
30. Kurlowicz L. La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Documento disponible en: http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf
31. Pelayo J. Calidad de vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Documento disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/23PM-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf>
32. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas R1, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile 2011; 139: 579-586.
33. Esquivel RI, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Revista ADM Mayo-Junio 2010. 67 (3)127-32.
34. Sánchez L. Sáenz L. Alfaro P. Osorno C. Comportamiento del apiñamiento, gingivitis, higiene oral, caries, flujo salival y bacterias en escolares de 8 y 10 años. Revista ADM 2013; 70 (2): 91-97.
35. Aguilar N. Navarrete K. Robles D. Aguilar S. Rojas A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Rev Odontol Latinoam, 2009; 1(2): 27-32.

36. Fierro A I. "Valoración geriátrica integral del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico". Tesis 2003
37. Esperanza de vida. Documento disponible en:
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
38. Cardoso M. Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. Nueva época. Salud Problema. 4 (7). 1999
39. Presentación de las Enfermedades en el adulto mayor, características de la anamnesis y el examen físico. Documento disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/PresentacionEnfermedad.pdf>
40. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Documento disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
41. Morales J C. Hipertensión Arterial en el Anciano. Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales. Documento disponible en:
<http://www.udca.edu.co/component/k2/item/75-hipertension-arterial-anciano.html>
42. Guías diagnósticas de geriatría. Documento disponible en:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/geriatria/diabetesmellitus_anciano.pdf
43. Barceló A. Pelaez M. Rodríguez L. Meiners M. Prevalencia de la diabetes entre adultos mayores en siete países de América Latina y el Caribe (ALC): Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Documento disponible en: <http://www1.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&ReclD=6714>
44. Barragán J A. Artritis reumatoide en el paciente mayor. Acta Médica Grupo Ángeles. 9 (1). 2011.
45. Corrales E L. Galarza K X. Factores de riesgos en comerciantes formales, para contraer enfermedades gastrointestinales de síndrome dispéptico, mercado "la dolorosa". Informe de investigación que se presenta como requisito previo para optar al Título de Licenciada en Enfermería. Documento disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1531/1/TESIS.pdf>

46. Becerra M. Depresión en el Adulto Mayor. Documento disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
47. Mazadiego T. Calderón J. Solares C. Zárate M. Torres L. Coto A. Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Esperanza e investigación en psicología*. 16 (1):175-182. 2011
48. Castrejón R C. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriatria. Documento disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/26.pdf>
49. Williams E. Montañó M L. Caries en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*. 12. 2007.
50. Williams E. Prevalencia de caries coronal y radículas en el paciente de la tercera edad en Mexicali, Baja California, México. Tesis Doctoral. 2006
51. Garza M. Llodra J C. Índice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León, México. Doctorado en investigación odontológica del tercer milenio. 2009
52. Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor. Guía de práctica clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/583GER.pdf>
53. Esquivel R I. Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *Revista ADM*. 2010 (3):127-32

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA, DE YESAVAGE

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar de manera presuncional (diagnóstico probable) la depresión.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado, está conformado por 30 preguntas dicotómicas (si/no) y puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: Se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquese el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales o cognitivos severos que le impidan escuchar, ver o comprender las preguntas.
4. Asegúrese de que la persona puede resolverlo sin ayuda, de lo contrario usted lo debe aplicar.
5. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado; podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta; si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
7. Pregúntele nombre, edad, anote el sexo y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
8. Dé el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos para asegurarse de que la respuesta sea veraz.
10. Si la persona llora, dele tiempo para recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote en el apartado de observaciones los motivos de su decisión.
11. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
12. Anote la puntuación total y el diagnóstico probable, sumando los "1" de acuerdo con la clave.

Escala de evaluación: 0-10 normal, 11 o más puntos indican probable depresión.

Escala de depresión geriátrica, de Yesavage*

Folio _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evolución: _____

Núm.	Síntomas	Sí	No
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
Núm.	Síntomas	Sí	No
11	¿Está a menudo intranquilo(a) inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado por el pasado?		

19	¿Encuentra su vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink, T. L y cols., Clin. Gerontol., 1:37, 1962.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología.

Puntuación total: _____

Marque con una X el diagnóstico probable.

0-10 puntos= Normal

11 puntos o más= Probable depresión

Observaciones:

Supervisor(a):

CALIDAD DE VIDA DE LA OMS: INSTRUMENTO WHOQoL. BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL

Objetivo: Determinar la percepción de la calidad de vida, para establecer programas de intervención que permitan mejorarla.

Características: Es un cuestionario que evalúa la percepción de calidad de vida tomando como indicadores la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente.

Estructura: El cuestionario está conformado por dos apartados que, en conjunto, suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con cinco opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 20 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquese el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente, aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado; podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda, corrobórelo con el supervisor.
7. Pregúntele su nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo.
8. Dé el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse de que la respuesta sea la correcta.
10. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor, y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
11. Escala de evaluación: Son 26 preguntas, de las cuales las dos primeras corresponden a la calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general, con una puntuación de uno a cinco puntos cada una.
12. Las preguntas 3 a la 26 corresponden a cuatro áreas:
 - a) Salud física: 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18. Puntuación total cruda máxima: 35; se pondera a una escala de 100 (cuadro B.1).
 - b) Aspectos psicológicos: 5, 6, 7, 11, 19 y 26. Puntuación total cruda máxima: 30, el cual se pondera a una escala de 100 (cuadro B.2).
 - c) Relaciones sociales: 20, 21 y 22. Puntuación total cruda máxima 15; se pondera a una escala de 100 (cuadro B.3).
 - d) Medio ambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25. Puntuación total cruda máxima: 40, el cual se pondera a una escala de 100 (cuadro B.4).

La puntuación global es de 130 puntos y se pondera a una escala de 100 (cuadro B.5).

Todas las preguntas se califican otorgando una puntuación de 1 a 5. Las preguntas 3, 4 y 26 tienen una puntuación en orden inverso.

Se califica el instrumento para catalogar calidad de vida mala, promedio y buena, considerando la puntuación cruda por área y global (cuadro B.6).

ESCALA DE AUTOESTIMA (INVENTARIO DE AUTOESTIMA, DE ROSENBERG)

Objetivo: Evaluar la autoestima de las personas adultas mayores para establecer programas que permitan fortalecerla o recuperarla.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar los niveles de autoestima del adulto mayor.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado. Está conformado por 10 preguntas en formato likert con cuatro opciones de respuesta, y puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 min.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquele a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente, aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado; podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda, corrobórela con el supervisor.
7. Pregúntele su nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación.
8. Dé el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse de que la respuesta sea la correcta.
10. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor, y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
11. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

Escala de evaluación: A cada una de las respuestas se les otorga una puntuación de 1 a 4. La puntuación mínima es de 10 puntos, y la máxima, de 40, considerando diferentes grados de autoestima:

- Autoestima elevada: 30 a 40 puntos.
- Autoestima media: 26 a 29 puntos.
- Autoestima baja: 25 puntos y menos.

Inventario de autoestima, de Rosenberg

Folio _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evolución: _____

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

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

actitud positiva hacia mí mismo(a)				
--	--	--	--	--

FUENTE: Rosenberg y cols. , Am. Sociol. Rev., 60 : 141, 1995.

Puntuación total: _____

Marque con una X el diagnóstico probable.

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

Observaciones:

Evaluador(a):

Supervisor(a):



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

Folio: _____

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

En los últimos tres meses...

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

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

Puntaje total: _____ Marque con una X el diagnóstico.

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

Observaciones: _____

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

Índice de Higiene Oral Simplificado

Índice primera consulta	%	Fecha: / /
--------------------------------	---	------------

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Índice Alta	%	Fecha: / /
--------------------	---	------------

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Índice CPOD

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Referencias:

Do: en azul Diente obturado
C: en rojo Cariado
=: en azul Ausente
X: en rojo Exodoncia
CP: en rojo Caries penetrante
II: en rojo Retenido
PP: en azul Pieza de puente

Co: en azul Corona
Pr: en azul Prótesis removible
lec: en azul Inlay onlay (incrustación)
EP: en rojo Enfermedad periodontal
FD: en rojo Fractura dentaria
MPD: en rojo Mal posición dentaria
PM: en azul Perno mufon

TC: en azul Tratamiento de clo.
F: en rojo Fluoresis
Imp: en azul Implante dental
MB: en rojo Mancha blanca
Se: en azul Sellador
SP SR: en azul Surco profundo o eminealizado
Hj: en azul Hipoplasia de esmalte

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

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ÍNDICE DE KATZ

Folio: _____



Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

Fuente: Branch et al. Am J Public Health 1984; 74: 266 – 268.

Calificación:

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

I= Independiente

D= Dependiente

Puntaje total _____

Observaciones: _____

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



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

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD *

Folio: _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

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

4. Estado Civil: _____ 5. Religión: _____

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

Especifique el lugar: _____

¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? _____ años.

7. Escolaridad

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

Número de años de escolaridad _____

Especificar

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

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

10. ¿Con quién vive?

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

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

11. ¿Con cuántas personas vive?: _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12. Fuentes de ingreso económico:

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

13. Ingreso económico familiar mensual: \$ _____

III. ASPECTOS DE SALUD

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

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

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

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

Medicamento	Indicado para	Dosis	Indicado por	Tiempo de consumo

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

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

SI NO

En caso afirmativo anótelos en los siguientes renglones.

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente Bueno Regular Malo Muy malo

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

Mejor Igual Peor

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

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



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

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA *

Registro: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

1. ¿Fuma de manera ininterrumpida **durante el último año?** SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de cigarrillos y tiempo (años) de consumo.

Número de cigarrillos por día	
Tiempo de consumo (años)	

2. ¿Fumó en el pasado de los 45 años en adelante? SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de cigarrillos y tiempo (años) de consumo.

Número de cigarrillos por día	
Tiempo de consumo (años)	

3. ¿Convive con alguna persona fumadora **durante el último año?** SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique aproximadamente el número de cigarrillos que consume el fumador y tiempo (años) en el que usted ha estado expuesto(a).

Número de cigarrillos por día	
Tiempo de exposición (años)	

4. ¿Consume bebidas con cafeína, como café de grano o soluble, té negro o refrescos de cola (más de 3 tazas o vasos al día) **durante el último año?** SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de tazas o vasos por día y tiempo (años) de consumo.

Número de tazas o vasos por día	
Tiempo de consumo (años)	

5. ¿Consumió bebidas con cafeína, como café de grano o soluble, té negro o refrescos de cola (más de 3 tazas o vasos al día) de los 45 años en adelante? SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de tazas o vasos por día y tiempo (años) de consumo.

Número de tazas o vasos por día	
Tiempo de consumo (años)	

*Fuente: Este instrumento fue desarrollado y validado por la Unidad de Investigación en Gerontología.

6. ¿Consume bebidas alcohólicas durante el último año? (más de una vez por semana)?

SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de copas o equivalentes (cervezas individuales, vasos con bebidas combinadas) por día o por semana y tiempo (años) de consumo.

Número de copas o equivalente por día	
Tiempo de consumo	
Número de copas o equivalente por semana	
Tiempo de consumo	

7 ¿Consumió bebidas alcohólicas de los 45 años en adelante (más de una vez por semana)?

SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de copas o equivalentes (cervezas individuales, vasos de combinación de bebida y refresco o pulque) por día o por semana y tiempo (años) de consumo.

Número de copas o equivalente por día	
Tiempo de consumo	
Número de copas o equivalente por semana	
Tiempo de consumo	

Si consume o consumía bebidas alcohólicas especifique la(s) más frecuente(s). **Marque con una cruz.**

TIPO DE BEBIDA	PRESENTE	PASADO
Brandy		
Alcohol al 96%		
Ron		
Tequila		
Vodka		
Cerveza		
Pulque		
Vino tinto		
Vino blanco		
Otros: Especifique		

8 ¿Realiza ejercicio físico en el último año (cuatro veces o más por semana, por más de 30 minutos al día)?

SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de veces por semana, el tiempo promedio por día y los años o meses de práctica.

Número de veces por semana	
Tiempo promedio por día	
Tiempo de práctica (especifique años o meses)	

9. ¿Acostumbraba realizar ejercicio físico de los 45 años en adelante (cuatro veces por semana o más, por más de 30 minutos al día) ? SI NO

Si su respuesta es **Sí** especifique número de veces por semana, el tiempo promedio por día y los años o meses que practicaba.

Número de veces por semana	
Tiempo promedio por día	
Tiempo de práctica (especifique años o meses)	

Especifique el tipo de ejercicio que realiza o realizaba. **Marque con una cruz.**

Actividad	Presente	Pasado
Caminar		
Correr		
Gimnasia		
Yoga		
Tai Chi		
Natación		
Baile de salón		
Baile regional		
Otros. Especifique		

10. ¿Cuántas horas duerme al día (día y noche) en el último año? _____

De día: _____ De noche: _____

11. ¿Cuántas veces se baña a la semana en el último año?

Número de veces por semana	
----------------------------	--

12. ¿Cuántas veces al mes se corta las uñas de manos y pies en el último año?

Uñas de manos	Uñas de pies
---------------	--------------

13. ¿Cuántas veces se lava los dientes al día o a la semana en el último año?

Número de veces por día	
Número de veces por semana	

Observaciones: _____

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

Calificación Máxima Calificación Obtenida

II. Registro

3 ()

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

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

Calificación Máxima Calificación Obtenida

III. Atención y Cálculo

5 ()

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

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

Calificación Máxima Calificación Obtenida

IV. Memoria diferida

3 ()

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

Papel	()
Bicicleta	()
Cuchara	()

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

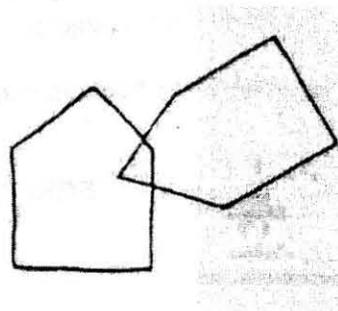
Calificación Máxima **Calificación Obtenida**

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

Puntaje total _____

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

- Normal
- Deterioro cognitivo



Observaciones: _____

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



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

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

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

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

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

Ahora puede comenzar:

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

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

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

26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1
----	---	------------	---------------	---------------------	------------------	--------------

Observaciones: _____

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



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

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL

FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: _____

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

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.



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

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

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

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

*¿Cuál(es)? _____

**¿Cuál(es)? _____

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

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

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

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

¹ Apoyo emocional: Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

³ Apoyo instrumental: Cuidado, transporte, labores del hogar.

⁴ Apoyo material: Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

⁵ Apoyo informativo: Orientación, Información, Intercambio de experiencias.



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

Folio: _____

Nombre: _____

FAMILIAR			EXTRAFAMILIAR			INSTITUCIONAL			TOTAL	
<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Contacto social</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Contacto social</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>	<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución				
Hijos			Apoyo comunitario							
Familiares										
Suma			Suma						<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Total apoyo familiar</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo extrafamiliar</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo social institucional</i>	<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>		
Puntaje Global										
							<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>		

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes.

*Fuente: Este instrumento fue desarrollado y validado por la Unidad de Investigación en Gerontología.



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

Folio: _____

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

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

Fuente: Lawton and Brody. Gerontologist 1969; 179 - 186.

Calificación

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

I = Independiente

A = Con Asistencia.

D = Dependiente

PUNTAJE TOTAL _____

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____



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

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

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

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

Puntuación total _____

Marque con una X diagnóstico probable.

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

Observaciones: _____

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

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

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

CLAVE PARA CALIFICACIÓN

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



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

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

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

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

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

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo, intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1



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

ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

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

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

2. Despertares durante la noche.

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

3. Despertar final más temprano de lo deseado.

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

4. Duración total del dormir.

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

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

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

6. Sensación de bienestar durante el día.

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

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

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

8. Somnolencia durante el día.

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

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

Puntaje total: _____

Marque con una X diagnóstico probable

0-7 puntos = Normal

8 puntos ó más = Problemas de insomnio

Observaciones: _____

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



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

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

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

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

Puntaje total: _____ Marque con una X el diagnóstico.
 57-60 Buena salud oral 51-56 Moderada salud oral 50 ó menos Mala salud oral

Observaciones: _____

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

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

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