



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA

Título:

Valoración del adulto mayor: fundamentación de cambios bio psico sociales

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
MEDINA GALLEGOS MONICA YESSENIA

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
énfasis en cuidado Geronto-Geriátrico

DIRECTORA DE TESINA
L.E CHEVERRIA RIVERA SOFIA MAAE

SAN LUIS POTOSI S.L.P A MAYO 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA

Título:

Valoración del adulto mayor: fundamentación de cambios bio psico sociales

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
MEDINA GALLEGOS MONICA YESSENIA

DIRECTORA DE TESINA

L.E CHEVERRIA RIVERA SOFIA MAAE

SAN LUIS POTOSI S.L.P A MAYO 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA

Título:

Valoración del adulto mayor: fundamentación de cambios Bio psico sociales

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
MEDINA GALLEGOS MONICA YESSENIA

SINODALES

L.E ERIKA ADRIANA TORRES HERNÁNDEZ MCE
PRESIDENTE

FIRMA

L.E SOFIA CHEVERRIA RIVERA MAAE
SECRETARIO

FIRMA

DRA. MARTHA LANDEROS LÓPEZ
VOCAL

FIRMA

SAN LUIS POTOSI S.L.P A MAYO 2017

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por permitirme ser la persona que soy, por llegar al lugar en donde estoy, porque yo sé, que sin él ninguna de mis acciones serían posibles, por la oportunidad de poder terminar esta especialidad y seguir con el entusiasmo de superación.
- A mi mamá por darme su confianza, amor y apoyo, por compartir conmigo éxitos y fracasos. Sobre todo por hacer de mi vida lo que soy.
- A mis hermanos, Osvaldo, Francisco y Sinaí, por enseñarme a que debo de ser siempre un ejemplo de superación para ellos, por su amor, cariño y confianza.
- A mi novio, amigos y compañeros, por compartir conmigo los mejores años de mi vida, como estudiante, profesional y yo sé que los mejores como especialista.
- A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, por permitirme cursar este posgrado y fortalecer mi aprendizaje.
- A CONACYT por el apoyo económico provisto este año de especialidad y permitirme cumplir uno de mis sueños, ser enfermera especialista.
- A mi asesora de tesina L.E Sofía Cheverría Rivera MAAE, a mi coordinadora de la especialidad L.E Erika Adriana Torres Hernández MCE, al coordinador de práctica L.E Jair Aronia Rivera EGG, a los médicos geriatras, por compartir conmigo sus enseñanzas, aprendizaje y experiencia en este campo.
- A la residencia del adulto mayor Nocalcalli, por haberme dado el gusto por el adulto mayor, a mis pacientes, a las maravillosas personas que pude conocer en este tiempo, sin duda nunca dejare de aprender.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivos específicos	
III. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO	4
IV. METODOLOGIA	7
V. MARCO TEORICO	
5.1 Tipología del adulto mayor	9
5.2 Tipos de envejecimiento	11
5.3 Proceso enfermero	12
5.4 Etapa de valoración	14
5.5 Valoración por patrones funcionales	21
5.6 Valoración básica geriátrica	25
VI. RESULTADOS	
6.1 Consideraciones para la valoración en el adulto mayor	28
6.2 Descripción de patrones funcionales	31
VII. CONCLUSIONES	93
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Mini Valoración Nutricional (MNA)	103
Anexo 2 Índice de Katz	104
Anexo 3 Índice de Barthel	105
Anexo 4 Escala de Lawton y Brody	107
Anexo 5 Escala de Tinetti	109
Anexo 6 Mini Examen del estado mental (MMSE) Folstein	113
Anexo 7 Test del dibujo del reloj Shulman	115
Anexo 8 Cuestionario de Pfeiffer	116
Anexo 9 Confusion Assesment Method (CAM)	117
Anexo 10 Escala de depresión Yesavage	118
Anexo 11 Escala de sobrecarga del cuidador Zarit	119
Anexo 12 Escala de ansiedad Hamilton	121
Anexo 13 Patrones funcionales y Valoración básica geriátrica	123
Anexo 14 Formato de valoración	124

RESUMEN

Valoración del adulto mayor: fundamentación de cambios bio psico sociales

Introducción: Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo de manera integral, identificando problemas físicos, psicológicos y sociales, el profesional de enfermería debe brindar adecuada atención a esta población, utiliza una herramienta de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y valoración básica geriátrica. **Justificación y planteamiento:** El proceso enfermero: es un proceso de pensamiento crítico, que proporciona cuidados, promueve funciones y respuestas humanas a la salud y enfermedad; la valoración es la primera etapa del proceso, permite estimar el estado de salud, debe ser total, integradora y holística. **Marco teórico:** La valoración por patrones funcionales tiene consideraciones especiales, se obtiene a través de la historia de enfermería y el examen físico, contiene datos relevantes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), es ordenado, lo que facilita su análisis. La valoración geriátrica comprende un proceso dinámico, estructurado que permite detectar, cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor, en las esferas clínica, funcional, mental y social. Se hizo integración de ambas valoraciones para proponer un formato de enfermería del adulto mayor. **Conclusión:** El objetivo de la valoración enfermera, es su actuar, este deberá estar orientado a la prevención y/o mantenimiento de la capacidad funcional, el área mental y social. Una buena valoración permite identificar situaciones que estén ajenas a un buen envejecer y así brindar atención adecuada.

Palabras Clave: Adulto mayor, enfermería, proceso cuidado enfermero, valoración.

ABSTRACT

Assessment of older adults: foundation of bio-psycho social changes

Introduction: When assessing an older adult it is necessary to do it in an integral manner, identify physical, psychological and social problems, the nursing professional must provide adequate care to this population, use a tool for valuation by Marjory Gordon functional standards and basic assessment Geriatric. **Justification and plantation:** The process of nursing: it is a process of critical thinking, which offers care, promotes human functions and responses to health and illness; The assessment in the first stage of the process, allows to estimate the state of health, must be total, integrative and holistic. **Theoretical framework:** The evaluation by functional patterns has special considerations, is obtained through the history of nursing and physical examination, contains relevant data (physical, psychic, social, environmental), is ordered, which facilitates their analysis. Geriatric assessment involves a dynamic, structured process that allows the detection, quantification of the problems, needs and capacities of the elderly, in the clinical, functional, mental and social spheres. The integration of both assessments was done to propose an older adult nursing format. **Conclusion:** The purpose of nursing assessment is to act, this is oriented to the prevention and / or maintenance of functional capacity, mental and social area. A good valuation allows to identify situations that are fulfilled with a good aging and thus provide adequate attention.

Keywords: Elderly adult, nursing, nursing care process, valuation.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es parte continua del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 60 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas, donde cada uno presenta características diferentes.⁽¹⁾

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias, prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones. Por lo que al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores, se deben considerar diversos factores biológicos propios del organismo envejecido, la conducta, el área familiar, su dinámica, sus condiciones socioeconómicas, la influencia, interrelación entre él y su entorno.⁽²⁾

Por sus diferentes condiciones, ellos requieren de una atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud centrados en el cuidar, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía, su independencia funcional, su inserción en la familia y la comunidad.⁽³⁾

El profesional de enfermería juega un papel muy importante ya que es responsable junto con el personal multidisciplinario, de identificar situaciones propias en el adulto mayor para una adecuada atención, para ello se tiene una herramienta de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, donde se identifican situaciones que están al alcance del profesional, para el desarrollo de planes de cuidado, a través del proceso cuidado enfermero. En el adulto mayor se maneja una valoración básica geriátrica, donde se identifican situaciones propias de esta población, por lo que es necesaria una interrelación para un mejor actuar.

En el siguiente trabajo, se integra la primera etapa del proceso cuidado enfermero: valoración, guiada por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, integrando la valoración básica geriátrica, así como los cambios normales del envejecimiento, de manera general, para poder identificar diversas situaciones en el adulto mayor.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Fundamentar los cambios bio psico sociales normales en el adulto mayor, guiados por patrones funcionales de Marjory Gordon

2.2 Objetivos Específicos

- Argumentar los patrones funcionales de Marjory Gordon y su relación con los aspectos propios del envejecimiento en el área bio psico social.
- Desarrollar los argumentos científicos de la valoración del adulto mayor por patrones funcionales de Marjory Gordon
- Presentar un formato de valoración de enfermería que incluya aspectos bio psico sociales en el adulto mayor.

III. Justificación y planteamiento del problema

Debido al aumento de la esperanza de vida, a la disminución de la tasa de fecundidad, a las mejores coberturas en salud, los avances en los servicios médicos, el progreso de la ciencia, la investigación en salud, la incorporación de hábitos y comportamientos saludables por parte de la población, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.⁽⁴⁾

“Se menciona según la OMS que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, en el año 2000, en México residían 6.9 millones y se espera que para la mitad del presente siglo, alcancen 36.2 millones.”⁽⁵⁾

Datos de la Encuesta Intercensal aplicada en 2015, *“señalan que en nuestro país residen 119.5 millones de personas: 48.6% son hombres y 51.4% mujeres, que de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores será de 20.4 millones, lo que representará 14.8 por ciento. Con el aumento de esta población se incrementará la demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos.”⁽⁶⁾*

El envejecimiento de las poblaciones, aunque heterogéneo, es un hecho ineluctable que se está produciendo en todos los países y en los más desarrollados sus consecuencias son significativas. La epidemia de enfermedades relacionadas con el envejecimiento que se espera que tenga lugar en las próximas décadas, someterá a un gran estrés a los sistemas de salud.⁽⁷⁾ La enfermera juega un papel muy importante, en la atención del paciente ya que recaen acciones específicas en esta población, por lo que tener una base científica para su atención es de vital importancia, el profesional de enfermería cuenta con una herramienta metodológica, como es el proceso enfermero.

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico, utilizado por el personal de enfermería para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad⁽⁸⁾, se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las bases del marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño), ejecución de acciones, toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados.⁽⁹⁾

La valoración es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y/o comunidad, tiene que ser total e integradora por lo que debe tener un enfoque holístico, es una de las etapas más importantes del proceso cuidado enfermero, ya que de ahí surge el diagnóstico, para después planear las actividades a realizar, ejecutarlas y evaluarlas; una buena valoración permite al profesional de enfermería, realizar acciones que favorezcan la atención del adulto mayor, de ahí la

importancia de realizar el formato, ya que servirá como apoyo, para así beneficiar a los pacientes.

Dentro de la búsqueda bibliográfica se han encontrado formatos que sugieren una valoración específica para el adulto mayor⁽¹⁰⁾, una aproximación a la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y por otro lado los aportes de la valoración básica geriátrica (VBG)⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾, sin embargo, estas ideas aún no se han podido plasmar en un formato de valoración que apoye la práctica de enfermería, por lo que hace falta esta integración por parte del personal. Se puede hacer mención que dentro de la primera generación de la especialidad en geronto-geriátrica los estudiantes comienzan con la recopilación de material útil para incorporar el proceso enfermero, la valoración de enfermería y la VBG.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo surge de la necesidad de establecer un formato para la valoración exclusiva del adulto mayor, dada la necesidad identificada a partir de la búsqueda bibliográfica en donde se encuentran una falta de información por parte del personal de enfermería en la vinculación de patrones funcionales de salud y valoración básica geriátrica, por lo que se propuso el tema como aportación para las siguientes generaciones de la especialidad y así reforzar esta primera etapa del proceso enfermero, se incorporó además como una propuesta para facilitar el actuar de enfermería en pacientes adultos mayores con un envejecimiento exitoso, habitual y patológico.

El formato de valoración se realizó durante la estancia clínica nacional en la ciudad de Santiago de Querétaro, se contó con la participación inicial de los estudiantes de la especialidad en geronto-geriatria, los mismos que autorizaron la utilización de dicho formato, para su modificación y refuerzo en este trabajo, se utilizó para valorar a los pacientes atendidos, además de los instrumentos ya establecidas para la valoración del adulto mayor, a este primer formato se le hicieron diversas modificaciones para que resultara en una guía con mayor solidez y funcionalidad para su aplicación.

El tema se guía por patrones funcionales de Marjory Gordon y se complementa con los instrumentos de la valoración básica geriátrica para darle un enfoque gerontogeriatrico, que permita una adecuada valoración por parte del personal que la utilice.

La búsqueda documental de artículos y monografías, se realizó en bases de datos tales como: Redalyc, Scielo, Pubmed, Medline plus, Lilacs, Cuiden,

Dialnete, se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud (DeCS): anciano, envejecimiento de la población, envejecimiento, diagnóstico de enfermería en un periodo de 5 años a la fecha y tomando documentos, artículos, libros de fechas anteriores que se consideren relevantes.

Una vez recopilada la información, se continuó con la lectura, análisis, selección de la información más actualizada y con mayor aporte científico para la rama, se revisó con la asesoría de la tesina L.E Sofía Cheverria Rivera MAAE cuestiones metodológicas, al finalizar, se pasó a revisión con los lectores asignados para la realización de sugerencias pertinentes que fortalecieron el trabajo.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Tipología del adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; 75 a 90 años viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad⁽¹⁹⁾

Anciano sano: “se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.”⁽²⁰⁾

Anciano enfermo: “es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda”.⁽²⁰⁾

Anciano frágil: “es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios

de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria, aunque, pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad”.⁽²⁰⁾

Paciente geriátrico: “es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad”.⁽²⁰⁾

5.2 Tipos de envejecimiento

La clasificación de los tipos de envejecimiento tienen diferentes sinónimos, los primeros en clasificarlos fueron Rowe y Khan, en la década de los 80's quienes mencionan tres tipos: envejecimiento usual, patológico y con éxito.⁽²¹⁾ Existen diversos autores que han definido el envejecimiento sobre criterios diferentes, según datos de funcionalidad, funcionamiento cognitivo, participación social/ productiva, presencia/ ausencia de enfermedad, etc.⁽²²⁾

Envejecimiento exitoso: *“ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional, activo compromiso con la vida.”*^(21,23) Son completamente capaces de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁽²⁴⁾

Envejecimiento habitual: *“personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio”.*⁽²⁴⁾

Envejecimiento patológico: *“presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros”.*⁽²⁴⁾

5.3 Proceso enfermero

Hall creó el término proceso de enfermería en 1955, Johnson, Orlando y Wiedenbach fueron de las primeras personas en referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. La aplicación del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió una mayor legitimidad en 1973 cuando las fases del mismo se incluyeron en las Standards of clinical nursing practice (normas de la práctica de enfermería clínica de la American Nurses Association (ANA) de Estados Unidos)⁽²⁵⁾. Esto con el paso del tiempo le ha dado mayor peso al proceso de enfermería, mayor validez y un reconocimiento por parte de otros profesionales, ya que se habla de un lenguaje estandarizado, sistemático y científico.

El proceso enfermero es un método racional, cíclico (sus componentes siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado puede participar más de un componente), sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Se divide en 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, estas a su vez en actividades específicas.⁽⁸⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾ Su propósito es identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades o problemas. El paciente puede ser un individuo, una familia o un grupo.^{(25) (28)}

Al hablar de situaciones de salud que el adulto mayor este viviendo, se tiene que reflexionar acerca de que la valoración de enfermería ha de tener consideraciones especiales con esta población, debido al proceso del envejecimiento. El concepto de respuesta humana añade una matriz holística y expresa la importancia de tener en consideración, el modo en que el adulto

mayor responde de forma integral, como ser biológico, psicológico, espiritual y social.⁽⁸⁾

5.4 Etapa de valoración

La valoración es la obtención, organización, validación, registro sistemático y continuo de los datos (información). Se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería, dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios.^(8,25)

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

Valoración inicial: se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.^(8,25)

Valoración continua, posterior o focalizada: se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Su objetivo es recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.^(8,25)

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- **Valoración general:** encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- **Valoración focalizada:** en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.^(8,25)

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de datos, validación de datos y registro de datos.^(8,25)

Obtención de datos

Es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud, consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre el adulto mayor. Debe ser a la vez sistémico y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante que presenta esta población. Una base de datos incluye toda la información disponible sobre un paciente; comprende la historia de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física, los resultados de los análisis de laboratorio y de las pruebas diagnósticas, y el material proporcionado por otro personal sanitario. Los datos deben incluir sus antecedentes de salud, además del problema actual. ⁽⁸⁾

Tipos de datos

Pueden ser subjetivos u objetivos

Datos subjetivos: también denominados síntomas o datos encubiertos, solo son evidentes para la persona afectada, y solo dicha persona puede describirlos o verificarlos. Se incluyen entre los datos subjetivos las sensaciones, los sentimientos, los valores, las creencias, las actitudes, y la percepción del estado de salud personal y de la situación vital por parte del adulto mayor. ⁽⁸⁾

Datos objetivos: también denominados signos o datos manifestados, son detectables por un observador o pueden medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado. Puede verse, oírse, sentirse u olerse, y se obtiene mediante la observación o la exploración física. Durante la exploración física se obtienen datos objetivos para validar los datos subjetivos y para completar la fase de valoración del proceso de enfermería. ⁽⁸⁾

Entre estos dos tipos de datos pueden existir dos posibilidades de conexión: coincidencia o disparidad. En caso de disparidad se deben establecer, siempre, las medidas de verificación oportunas para determinar realmente cuál es el acertado y tomar las medidas para poder identificar las causas de que los datos objetivos no apoyen a los subjetivos. ⁽²⁹⁾

Fuente de datos

Pueden ser primarias o secundarias.

Adulto mayor: fuente primaria de datos (debe tomarse en cuenta el estado cognitivo), puede proporcionar datos subjetivos que no puede proporcionar nadie más. ⁽⁸⁾

Allegados al adulto mayor: fuente secundaria, miembros de la familia, los amigos y los cuidadores (preferentemente el cuidador principal), que conocen bien al adulto mayor complementan o verifican la información proporcionada por este, ofrecen información acerca de la respuesta a la enfermedad, los factores de estrés a los que están sometidos. ⁽⁸⁾

Registros del adulto mayor: contienen información documentada por varios profesionales sanitarios. También contienen datos relativos a la profesión, la religión y estado marital. Los tipos de registro son la historia clínica, los informes de tratamiento y los informes de laboratorio. ⁽⁸⁾

Profesionales sanitarios: los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven como potenciales fuentes adicionales de información sobre la salud del adulto mayor. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o del contacto actual con el paciente. ⁽⁸⁾

Métodos de obtención de datos

Observación: es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos. La observación consta de dos aspectos: advertir los datos, seleccionar, organizar e interpretar los datos. El profesional de enfermería que realice la valoración del adulto mayor ha de adiestrarse en técnicas de observación rápida y precisa a la vez, para que sean eficaces sin llegar a producir cansancio en la persona. Se complementará y profundizará mediante la inspección.^(8,29)

Entrevista: es una comunicación planificada o una conversación que tiene una finalidad, obtener o proporcionar información, identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo u ofrecer asesoramiento o terapia.^(8,29)

Hay dos enfoques para la entrevista: la entrevista dirigida y no dirigida.

Entrevista dirigida: está muy estructurada y obtiene información específica, se inicia con preguntas abiertas y continúa con preguntas cerradas (hay que respetar los silencios ya que al adulto mayor le pueden resultar dolorosos ciertos temas).^(8,29)

Entrevista no dirigida: debe trascurrir desde temas generales a concretos, si el adulto mayor tiene un problema en específico, es ese el que más le preocupa y de él ha de partir la entrevista, ya que si no se aborda primero, puede perder el interés y la concentración.^(8,29)

La exploración física se realiza a través de las técnicas básicas de valoración: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección es el uso de los sentidos de la visión, audición, del tacto y del olfato, de ahí se obtienen características, o signos físicos, normales o no de los aparatos y sistemas. La palpación consiste en la exploración, mediante las manos (palma, dedos y dorso), así se identifican formas, temperaturas, consistencias, movimientos, etc. La percusión consiste en el golpeteo con los dedos y los puños, identificando las vibraciones y ruidos en ciertas zonas del cuerpo ya sean timpánicos, resonantes o mate. La auscultación consiste en escuchar, los ruidos normales o no, en diversas regiones del cuerpo. Se considera la duración, la intensidad, el ritmo y la cualidad.^(8,29)

Organización de los datos

Se utiliza un formato escrito o computarizado que organiza sistemáticamente los datos de valoración. Este formato por lo regular recibe el nombre de historia de enfermería, valoración de enfermería o formulación de recogida de datos de enfermería.⁽⁸⁾

Modelos conceptuales de enfermería

Gordon elaboró un esquema de 11 patrones funcionales de salud, emplea la palabra patrón para referirse a una secuencia de comportamientos recurrentes. El profesional de enfermería recoge datos sobre comportamientos tanto disfuncionales como funcionales. Orem, Taylor y Renpenning definen ocho requisitos universales de autocuidado en el ser humano. Roy y Andrews describen los datos que deben obtenerse de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy, y clasifican los comportamientos observables en cuatro categorías: fisiológicas, del concepto en sí mismo, de desempeño de una función y de interdependencia.⁽⁸⁾

Validación de los datos

La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y exacta, ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.^(8,29)

Es importante en particular validar los datos cuando:

- Los datos obtenidos no son los esperados para las características del adulto mayor: edad, circunstancias, estado físico, situación de salud que se esté viviendo, etc.
- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerden.
- Obtener información adicional que pueda haberse pasado por alto.
- Diferenciar los indicios de las deducciones. Los indicios: son datos objetivos o subjetivos que pueden ser observados directamente por el profesional de enfermería. Las deducciones: son las interpretaciones o conclusiones basadas en los indicios.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada a la hora de identificar problemas.^(8,29)

Para verificar los datos objetivos se dispone de técnicas tales como:

La doble comprobación: repitiendo la toma de otra manera o con otro instrumento, o por otro procedimiento o haciendo que otra persona lo repita.

Para ello dispone técnicas de formulación y de reformulación de preguntas tales como:

- Clarificación: mediante ella se intentara aclarar un mensaje confuso.
- Parafrasear: consiste en repetir, resumiendo lo que el adulto mayor ha contado, para confirmar o aclarar si es posible el mensaje confuso.
- Validación: contrastará los hallazgos observados con los argumento del adulto mayor.⁽²⁹⁾

Registro de los datos

El profesional de enfermería debe registrar los datos del paciente. Es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se registran de forma objetiva, sin interpretaciones.⁽²⁹⁾

5.5 Valoración por patrones funcionales de salud

Gordon define patrón como una *“configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo. Las secuencias de comportamientos, más que los hechos aislados, son los datos utilizados para las inferencias o juicios clínicos”*.⁽²⁸⁾

Los patrones funcionales de salud pueden ser utilizados de varias formas:

- Como un formato para organizar los datos de la valoración y como su estructura correspondiente para agrupar los diagnósticos enfermeros.
- Como un sistema para organizar el conocimiento clínico.
- Como tema para la investigación clínica sobre patrones de salud.⁽²⁸⁾

Una valoración inicial de los patrones funcionales de salud de un paciente se obtiene a través de la historia de enfermería y el examen físico a través de las técnicas de valoración básicas: inspección, palpación, percusión, auscultación. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.⁽³⁰⁾

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias).⁽³⁰⁾

Los patrones funcionales son los siguientes, los cuales son ordenados según las necesidades de las personas, se describirán de manera general para poder obtener los datos pertinentes y completos para la valoración.

Patrón 1: Percepción manejo de la salud: en él se describe el patrón de salud y bienestar percibido por el paciente, como maneja su salud, la relevancia que este tiene en las actividades actuales, futuras, incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción, adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados. ⁽²⁸⁾

Patrón 2: Nutricional metabólico: describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos (cantidad, tipo, horario diario, preferencias, uso de suplementos dietéticos o vitamínicos) de acuerdo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Se incluyen las referencias y/o condición de cualquier lesión de la piel, la capacidad general de cicatrización, se incluye el pelo, uñas, membranas mucosas, dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso. ⁽²⁸⁾

Patrón 3: Eliminación: en él se describen los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los pacientes. Incluye la regularidad percibida por el paciente de la función excretora, el uso sistémico de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. ⁽²⁸⁾

Patrón 4: Actividad ejercicio: describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar. Están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del

ejercicio, deportes, lo cual describe el patrón típico. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo, como los déficits neuromusculares y las compensaciones, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como la clasificación cardiopulmonar. Se incluyen los patrones de tiempo libre que describen las actividades de recreo llevadas a cabo con otros o individualmente.⁽²⁸⁾

Patrón 5: Sueño reposo: describe e incluye los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de 24 horas del día, la percepción de la calidad, cantidad de sueño- descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.⁽²⁸⁾

Patrón 6: Cognitivo perceptual: incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos, las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata, este también se incluyen cuando proceda. Se describen las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones, incluir la valoración de los pares craneales.⁽²⁸⁾

Patrón 7: Autopercepción autoconcepto: en él se describe el patrón de autoconcepto, incluye las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Está incluido el patrón de la postura corporal, el movimiento, contacto visual, patrones de voz y conversación.⁽²⁸⁾

Patrón 8: Rol relaciones: incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del paciente, están incluidos la

satisfacción o las alteraciones en la familia, los compromisos, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.⁽²⁸⁾

Patrón 9: Sexualidad reproducción: incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales, patrones de satisfacción o insatisfacción; describe el patrón reproductivo. También incluye el estado reproductor en las mujeres, pre menopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.⁽²⁸⁾

Patrón 10: Afrontamiento tolerancia al estrés: describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés, incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.⁽²⁸⁾

Patrón 11: Valores creencias: describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo los espirituales) que guían las elecciones o decisiones, lo percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto de valores, creencias o expectativas relativas a la salud.⁽²⁸⁾

5.6 Valoración básica geriátrica

La valoración geriátrica es usada generalmente para describir un abordaje clínico del paciente adulto mayor, que va más allá de la historia y exploración médica. Esta valoración comprende un proceso dinámico, estructurado que permite detectar, cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano, en las esferas clínica, funcional, mental y social, identificando así síndromes geriátricos, para elaborar una intervención o un tratamiento interdisciplinario racional y adecuado a las necesidades del adulto mayor. La VBG es el mejor instrumento para la atención geriátrica tanto en el ámbito hospitalario como con el de atención primaria^{(31,32)(3)}

En la actualidad con el aumento de la población mayor, se hace más notable la necesidad de cambiar la manera de pensar de los servicios de salud convencionales dirigidos al tratamiento, ya que las necesidades de la sociedad mayor han cambiado, por ello destaca el potencial que tiene la VGI como instrumento que ayuda a planificar y realizar unos cuidados de enfermería estandarizados y de calidad⁽³³⁾

Componentes de la valoración geriátrica integral

Valoración clínica: debe incluir la entrevista clínica clásica, a la que se agrega un interrogatorio directo sobre la presencia de los síndromes geriátricos, historia farmacológica, historia nutricional, exploración física. La anamnesis debe incluir: antecedentes personales, (valoración de diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, etc.), revisión por aparatos y sistemas, historia farmacológica completa y actualizada (tratamientos recibidos en el último año, tratamiento y dosis en el momento de la valoración), historia nutricional (dieta habitual, número de comidas al día, número de alimentos por comida, dietas

prescritas), cambios orgánicos asociados al envejecimiento, prevalencia de patologías, problemas psíquicos, problemas económicos y fármacos. ^{(31,32)(34)}

Valoración funcional: el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, automantenimiento, actividades físicas y roles sociales. La valoración funcional es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). ^(31,32)

Valoración mental:

Cognitiva: la función cognitiva incluye la atención, memoria, lenguaje, habilidades viso espaciales, capacidad ejecutiva, praxias y gnosias. Está relacionada directamente con la esfera funcional y social, pues puede verse afectadas la capacidad para vivir en forma independiente. Conocer el grado de deterioro cognitivo nos permite estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad, valorar su capacidad para comprender la información y toma de decisiones. ⁽³¹⁾

Afectiva: es una de las condiciones subvalorada, siendo una característica determinante de salud y calidad de vida del adulto mayor. Se ha demostrado que la depresión se asocia con una mayor morbimortalidad. El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del adulto mayor. ⁽³²⁾

Valoración social: tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. El funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores, la evaluación del funcionamiento social puede servir para

determinar los factores protectores con lo que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial, en la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales.⁽³⁵⁾

VI. RESULTADOS

6.1 Consideraciones para la valoración en el adulto mayor

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas de un paciente a un problema de salud, deben incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos del paciente, esta valoración en el adulto mayor, precisa una minuciosa preparación, en donde se debe de tomar en consideración lo siguiente:⁽²⁹⁾

El entorno: debe ser un lugar íntimo, cómodo, con buenas condiciones ambientales: luz, temperatura, acústica, etc. El ambiente estará ausente de ruidos, molestos o que puedan agravar una posible hipoacusia. Será un lugar cómodo que invite la relajación, los sillones demasiado bajos, las camillas demasiado altas, los decúbitos prolongados, etc., son elementos contrarios al buen desarrollo de la valoración. La temperatura ambiental favorecerá una adecuada termorregulación. Debe ser un lugar donde sea posible un alto grado de intimidad, que invite a la comunicación y que haga huir las posibles susceptibilidades del mayor. El tiempo debe ser el mejor momento del día, cuando el adulto mayor este más descansado y relajado, o cuando la presencia de dolor o síntomas molestos sea menor.⁽²⁹⁾

Antes del inicio de la entrevista, la enfermera comprobará su apariencia física, la recepción ha de ser cálida, tanto verbal como corporalmente. Desde el inicio y durante el trascurso de la misma se han de tener en consideración hechos tales como:⁽²⁹⁾

El trato: siempre ha de ser de usted, se debe averiguar cuál es el trato habitual que se le suele dar al adulto mayor que se está entrevistando. El uso de diminutivos o de expresiones tales como abuelo (incluso con la mejor intención o con la idea de ganar mejora la confianza del mayor), está totalmente contraindicada. La distancia entre el adulto mayor y el profesional enfermero deben medir entre 45 y 120 cm, solo se rebasará esta distancia para realizar una técnica o un acercamiento que precisan de un contacto íntimo y puntual.⁽²⁹⁾

El lenguaje corporal, los gestos y movimientos de la cabeza, la expresión facial, tiene que ser en todo momento coherente con la situación y con lo que se está diciendo: postura erecta, las manos a la vista, sin movimientos innecesarios o distorsionantes, la mirada relajada y directa, a la altura de los ojos del mayor.⁽²⁹⁾

El tono y el volumen se deben intentar suplir, las posibles pérdidas de audición, mensaje focalizado, especial cuidado en pronunciaciones que puedan ser fácilmente confundibles: f, s, z, etc. El ritmo de la conversación ha de ser fluido, pero adaptado a las posibles deficiencias del adulto mayor. El lenguaje o léxico ha de ser el adecuado, sencillo, no excesivamente técnico, pero tampoco infantil.⁽²⁹⁾

Al realizar la entrevista el adulto mayor, debe conocer los objetivos, por lo que el profesional de enfermería debe de considerar el tiempo con el que dispone, si es posible plantearla a una hora temprana, cuando es mayor la probabilidad de que este alerta, pues podría experimentar el síndrome del atardecer en el que su capacidad para pensar con claridad disminuye hacia el final de la tarde o temprano en la noche.⁽³⁶⁾

Debe tomarse en consideración si el paciente utiliza lentes, tiene que tenerlos antes de la entrevista, si tiene dificultad auditiva, cerrar la puerta de la habitación (esto minimiza el ruido del fondo), un adulto mayor con dificultad auditiva puede tener problemas para comprender si se le habla rápido, determinar de qué oído escucha mejor y hablarle de ese lado, si usa aparato auditivo, verificar que lo tenga puesto y funcione.⁽³⁶⁾

Para la realización del examen físico del adulto mayor se deben tomar las siguientes precauciones:

Debe ser un lugar tranquilo, privado, con una buena iluminación (evitar la iluminación fluorescente brillante y la luz solar directa), temperatura, ausente de ruidos, mantener accesibles agua u otros líquidos para beber y asegurar la cercanía de un baño⁽³⁶⁾, la cama debe tener una altura adecuada, además se debe contar con un banco de altura para que el adulto mayor pueda subir y bajarse fácilmente, considerar que hay adultos mayores que no toleran la posición de decúbito por mucho tiempo (de preferencia que sea una cama movable y/o uso de almohadas para elevar la cabecera), debe recibir una información generalizada al inicio del examen, la cual debe repetirse y/o explicarse cada que sea necesario (preferentemente en cada procedimiento exploratorio), las zonas dolorosas o los procedimientos molestos deben ser dejados al final. Si el adulto mayor se cansa, hay que programar un descanso y si se niega a continuar, se debe respetar y no obligar a hacerlo, por lo que las notas de registro deben ser breves y al final se completarán.⁽²⁹⁾

6.2 Descripción de patrones funcionales

Se mencionaran las consideraciones que se debe tener en cada uno de los patrones funcionales de Marjory Gordon, incluyendo algunos instrumentos (escalas, formatos) de la valoración básica geriátrica, para hacer la integración de ambas y tener un formato de enfermería completo exclusivo del adulto mayor:

1. Patrón percepción manejo de la salud

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Percepción de la salud
 - b) Antecedentes heredofamiliares de importancia
 - c) Antecedentes personales patológicos
 - d) Tratamiento farmacológico: dosis, frecuencia, polifarmacia.
 - e) Alergias: medicamentosa, alimentos y/u otras.
 - f) Intervenciones quirúrgicas: última hospitalización, transfusiones.
 - g) Toxicomanías: alcohol, tabaco y/u otras, frecuencia de consumo.
 - h) Esquema de vacunación (última vacuna aplicada)
 - i) Higiene personal: baño, aseo bucal.
 - j) Aspectos preventivos: actividades que realiza para mantenerse sano.
 - k) Accidentes
2. Examen
 - a) Apariencia general de salud⁽²⁸⁾

La atención a la salud de los ancianos es uno de los objetivos prioritarios dentro del catálogo de servicios sanitarios de los países desarrollados, motivado este interés tanto por razones demográficas y epidemiológicas, como por el compromiso que tiene los servicios de salud de prestar una

atención eficaz. Los indicadores de impacto de la enfermedad, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006 plantean un panorama de la situación y problemática, especificado en grupo de edad. ⁽²⁹⁾

Son pocas las enfermedades propias de la vejez, en general el adulto mayor puede contraer cualquiera de las enfermedades que afectan a la especie humana, esto va a depender del país, el nivel de desarrollo del mismo, la cultura, etc.; pero se podrían citar los siguientes trastornos como los más habituales:⁽²⁹⁾

- a) Enfermedades cardiovasculares.
- b) Enfermedades del aparato respiratorio
- c) Enfermedades metabólicas, diabetes, etc.
- d) Procesos reumáticos, artritis, artrosis, osteoporosis, etc.
- e) Tumores en general
- f) Trastornos mentales
- g) Trastornos de los órganos de los sentidos
- h) Otras enfermedades: infecciones, enfermedades neurológicas, enfermedades genitourinarias, etc.
- i) Otros problemas agravantes: situación económica, soledad, rechazo familiar, etc. ⁽²⁹⁾

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional. ⁽³⁷⁾

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está intacta. Al hablar de funcionalidad, encontramos que es un concepto amplio ya que involucra aspectos físicos, mentales, económicos, socio familiares, elementos con los cuales podemos integrar el diagnóstico y de esta manera conocer la funcionalidad del adulto mayor, así mismo la discapacidad, el descondicionamiento y determinar el grado de incapacidad del adulto mayor.⁽³⁸⁾

El deterioro funcional debido a la edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, esto se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado, tanto por cuestiones físicas como de género (mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud).⁽³⁹⁾

Las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por más largo tiempo, ello se ve reflejado en que 3 de cada 10 adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres. Adicionalmente, en el caso de las mujeres, los cambios biológicos ocurridos durante su ciclo reproductivo y el paso transicional hacia la etapa post reproductiva definida en el momento del cese de la menstruación, las condiciona a un riesgo adicional de padecer enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, que forman parte de los padecimientos con el mayor auto reporte de diagnóstico médico en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.⁽³⁹⁾

En nuestro país, al igual que en otras regiones en vías de desarrollo, la longevidad no va de la mano con la salud. La morbilidad y discapacidad frecuentes en gran parte de la población de los adultos mayores dirigen la atención sobre su calidad de vida, donde el bienestar personal y social dependerá en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional que reciba.⁽⁴⁰⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las personas frágiles *“aquellas que se encuentran en una situación de inestabilidad o en equilibrio inestable hacia una situación de incapacidad y dependencia ante un agente externo que actué sobre ellas”*. Distintos autores han propuesto diferentes modelos para explicar el ciclo de fragilidad, pero todos ellos coinciden en que hay una serie de situaciones que la favorecen, se recomienda utilizar el cuestionario “FRAIL”, como una forma rápida, sencilla, factible y económica para detectar un síndrome de fragilidad.⁽⁴¹⁾

Fue desarrollado por la Asociación Internacional de Nutrición y Envejecimiento y validada en 6 diferentes estudios; consta de cinco criterios, se dará un punto según los que tenga el paciente valorado:

- F. Fatiga.
- R. Resistencia (Incapacidad para subir un tramo de escaleras).
- Aeróbica, (Incapacidad para caminar una cuadra).
- Illnes (5 o más enfermedades).
- L. Loss of Weight (Pérdida de 5 o más kilos).

Interpretación: 0 puntos= Paciente Robusto, 1-2 puntos= Paciente prefrágil, 3 o más puntos= Paciente frágil.⁽⁴¹⁾

El término de fragilidad se define como *“un estado fisiológico de vulnerabilidad incrementada a estresores que resulta de reservas fisiológicas disminuidas, inclusive de desregulación de múltiples sistemas fisiológicos,*

esto dificulta el mantener la homeostasis ante cualquier perturbación, ya sea ambiental, exacerbación de enfermedad crónica, enfermedad aguda o lesión”.⁽⁴²⁾

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. La presencia de varias enfermedades y dolencias lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o a una automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos, lo que se llama polifarmacia. Según la OMS se llama polifarmacia al consumo de 3 o más medicamentos de manera simultánea.⁽⁴³⁾

En un estudio en 2005 exploratorio de corte transversal realizado en 118 adultos mayores, en el municipio Playa, se encontró que un total de 49 (41%) se autoprescriben medicamentos, de los cuales 46 (94%) lo hacen con cantidades que van desde 1 a 3 fármacos, en el grupo de fármacos autoprescritos se encontraron las vitaminas (23%), analgésicos (20%), laxantes (19%), muchos de los cuales son vendidos sin receta médica.⁽⁴⁴⁾ En otro estudio SABE realizado en Latinoamérica en población de adultos mayores, se informa que el 80% de esta población recibe 3 o más medicamentos y el 90% recibe al menos uno⁽⁴⁵⁾, datos que coinciden con la alta prevalencia de consumo.

Asimismo, la polifarmacia en los adultos mayores origina pobre adherencia al tratamiento, mayor riesgo de efectos adversos, interacciones entre fármacos, aumento del riesgo de hospitalización y de errores de medicación, entre otros. Si un paciente está tomando 5 medicamentos, existe la probabilidad de 50% de una interacción importante clínicamente y cuando son 7 los fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%; 20% de ellos podrían ser con manifestaciones de reacciones adversas severas⁽⁴⁶⁾, por lo que es de

vital importancia poder identificar en el adulto mayor el número de medicamentos, para así evitar la automedicación y los medicamentos no necesarios.

Debo agregar que la prevención y control de enfermedades en el adulto mayor, es una situación que compete a todo el personal de salud, por lo que se han generado guías de referencia para esto, una de ellas es la que maneja el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde incluyen la vacunación, siendo muy importante en los adultos mayores para prevenir enfermedades graves como la neumonía y el tétanos. El esquema de vacunación del adulto mayor cuenta con tres vacunas: la neumocócica polisacárida, la de tétanos-difteria, así como la de influenza estacional.⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾

2. Patrón nutricional metabólico

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Ingesta típica diaria de alimentos, suplementos
 - b) Ingesta típica diaria de líquidos
 - c) Pérdida y ganancia de peso
 - d) Pérdida de estatura
 - e) Apetito
 - f) Malestar gastrointestinal (bucal, esofágico o estomacal)
 - g) Cicatrización
 - h) Problemas dentales
2. Examen
 - a) Piel: características, textura, lesiones, coloración, turgencia, hidratación, edema, insuficiencia venosa.
 - b) Membranas mucosas: color, sequedad o lesiones, amígdalas.
 - c) Conjuntivas
 - d) Dientes: apariencia general, estado de higiene, uso de prótesis, caries, falta de piezas dentarias.
 - e) Uñas: color, textura, forma, alteraciones.
 - f) Abdomen: inspección (cicatrices), auscultación (ruidos peristálticos), percusión (sonidos), palpación (presencia de masas)
 - g) Peso, talla e IMC
 - h) Temperatura corporal
 - i) Alimentación parenteral/ intravenosa
 - j) Glucosa capilar y/o estudios de laboratorio⁽²⁸⁾

Las personas de edad avanzada tienen necesidades específicas nutricionales, alimentarse y nutrirse bien es una condición esencial para mantener la salud de las personas con edad avanzada, los adultos mayores

necesitan menos calorías y más nutrientes debido a las alteraciones en la masa corporal y el estilo de vida más sedentario. Las recomendaciones incluyen reducción de la ingesta de grasas y consumo suficiente de proteínas, vitaminas, minerales y fibra dietética. ⁽⁴⁹⁾

Se considera que a partir de los 70 años la malnutrición está presente en un 50% de los ancianos en residencias, el 60% de los hospitalizados y en un 22% de los ancianos que se encuentran en la comunidad, siempre teniendo en cuenta esta situación depende en gran medida del nivel de autonomía del adulto mayor. Los mayores de estas sociedades presentan diferencias importantes en el mantenimiento del equilibrio de la alimentación. Las causas son múltiples, no se pueden considerar las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento como causa esencial. Se debe tener en cuenta además los problemas sociales, el nivel de dependencia, patologías asociadas, el lugar y tipo de residencia. ⁽²⁹⁾

Modificaciones en los órganos relacionados

Cavidad oral

Boca: se atrofia al igual que otros órganos, experimenta una disminución de la función, el epitelio queratinizado de la mucosa oral se hace relativamente fino y atrófico, disminuye el número de papilas gustativas y se alteran los receptores del gusto y los canales iónicos de la membrana celular. Existen receptores de las sensaciones del gusto que se localizan en los bulbos o botones gustativos, estos disminuyen con la edad, cada botón gustativo contiene tres tipos de células epiteliales: células de sostén, células receptoras del gusto y células basales. ^{(50) (51)}

El envejecimiento amortigua el sentido del gusto, lo que se conoce como hipogeusia, sin embargo el gusto solo disminuye ligeramente con la edad y

varía según los individuos. El cambio máximo es el que se refiere a la capacidad de percibir variaciones del sabor salado, mientras que el reconocimiento de los sabores dulces no cambia mucho con la edad.⁽⁵²⁾ Las sustancias químicas que estimulan los receptores gustativos se conocen como sustancias gustativas, estos al disolverse con la saliva, hacen contacto con los cilios gustativos (micro vellosidad larga, presente en las células de sostén, se proyecta hacia el poro gustativo) y se produce la transducción del gusto, al haber una disminución en la cantidad de botones gustativos no permite la entrada en la célula receptora gustativa a través de los canales de Na de la membrana plasmática, no hay despolarización, no se abren los canales de Ca, no permite la liberación de neurotransmisores.⁽⁵⁰⁾

Dientes: pérdida de piezas dentaria, en las que perduran, la raíz y la corona, sufre con el paso de los años diferentes grados de erosión y caries, se vuelven quebradizos, se fractura con facilidad durante las extracciones. Se atrofian los músculos y los huesos de la mandíbula, de la boca que controla la masticación. El esmalte y la dentina se adelgazan como consecuencia de la erosión, suelen adquirir un color amarillento- marrón debido a la tinción, así como por pigmentos extrínsecos (tabaco, alcohol).⁽⁵²⁾

Secreción salival: pérdida del 30% del parénquima de glándulas salivales, por lo que cantidad de saliva secretada es menor y su consistencia es más espesa, se dificulta la dilución de los alimentos, contribuye a la sequedad bucal (xerostomía) y a la pérdida de sensación gustativa. La secreción de la saliva está regulada por el sistema nervioso vegetativo y varía según los contactos del alimento con la boca, con los movimientos de las mandíbulas y de acuerdo con los impulsos olfatorios y gustativos.^{(52) (53)}

Tubo digestivo

- La motilidad está disminuida, debido a la reducción en la amplitud de las contracciones esofágicas, como consecuencia de la debilidad en la contracción del músculo liso. La disminución de la motilidad se puede presentar en estómago, colón e intestino delgado.
- Mayor reflujo gastroesofágico, por incompetencia del esfínter esofágico inferior.
- Reducción del tono muscular de la pared abdominal y atrofia de la mucosa gástrica, lo que retrasa el vaciamiento gástrico.
- Disminución de la producción del ácido gástrico.
- Disminución del tamaño y funcionalidad del hígado y farmacocinética.
- Lentitud del vaciado vesicular y aumento del espesamiento de la bilis.⁽²⁹⁾

Las fases bucal y faríngea de la deglución están reguladas por control cortical, cuyo destino final es la innervación motora de los grupos musculares de la faringe. La deglución depende de impulsos nerviosos que parten de la corteza cerebral, llegan a los centros deglutorios del bulbo raquídeo y acaban en las terminaciones nerviosas de los músculos esqueléticos que controlan la faringe y el esófago, además tienen paredes esofágicas rígidas, con menor sensibilidad para las molestias y dolor, esto deteriora la capacidad deglutoria.^{(38) (52)}

La mucosa gástrica es más susceptible a la lesión inducida por el jugo gástrico debido a una menor cantidad y eficacia de la capa de gel secretada por las células gástricas, una menor síntesis de prostaglandinas citoprotectoras y la disminución de la capacidad de reparación de las lesiones. El retardo en el vaciado gástrico se relaciona con dos factores

principales: disminución en la percepción de la distensión gástrica y por el uso de medicamentos con efecto anticolinérgico⁽³⁸⁾

Existe propensión a la atrofia de la mucosa, con menor secreción de ácido clorhídrico, con la consiguiente menor absorción de hierro y calcio, aumento en el pH gástrico e intestinal, reducción de la secreción gástrica del factor intrínseco necesario para la absorción de vitamina B₁₂ en el intestino delgado..⁽⁵⁴⁾

El tamaño del hígado disminuye en 45% con la edad, en relación con la declinación del flujo sanguíneo. La fase I del metabolismo hepático se ve afectada, con una reducción de la actividad enzimática (P450). También disminuyen otras funciones del hígado con la edad, como la producción de albumina, factores de coagulación y metabolismo de la glucosa⁽⁵⁴⁾ es bien sabido que el hígado del anciano es más lábil a situaciones de estrés fisiológico agudo (infecciones, traumatismos, intoxicaciones medicamentosas, etc.). Esta labilidad se relaciona directamente con disminución de la capacidad de proliferación mito génico activada de los hepatocitos y el factor de crecimiento epidérmico estimulante de los hepatocitos, los cuales están disminuidos en los adultos mayores. Si se suma daño oxidativo por diversos procesos, el cual se va acumulando durante la vida, se tendrá una alteración significativa por per oxidación lipídica de los hepatocitos.⁽⁵²⁾

En los adultos mayores en la vesícula no se generan cambios, pero si en los conductos biliares; la vesícula se vacía más lentamente y por lo tanto se segrega menos bilis durante la digestión de los alimentos. Los conductos biliares tienden a ensancharse y eso favorece el paso de cálculos. El páncreas disminuye de peso y muestra cambios histológicos, como fibrosis y atrofia celular⁽⁵²⁾

Piel

La epidermis está formada por tres clases de células: queratinocitos, melanocitos y células de Langerhans, los queratinocitos producen queratina, con el tiempo, las células están repletas de queratina y mueren, se desprenden y son sustituidas por células nuevas, con la edad disminuye la tasa de recambio de los queratinocitos epidérmicos, en el octavo decenio, ha descendido un 50%. Los melanocitos producen melanina (pigmento que protege a la piel de los rayos ultravioleta (UV), la exposición a rayos UV provoca daños al ADN y otras lesiones celulares, los melanocitos activos disminuye del 10 al 20% por cada decenio, con lo que se debilita la barrera protectora contra los rayos UV, además tienden a aumentar de tamaño y a reunirse en grupos, la reparación del ADN es más lenta, por lo que aparecen las arrugas, existe mayor elasticidad, aparición de manchas.⁽⁵²⁾

Las células de Langerhans juegan un papel en la defensa inmunitaria del organismo, además de reaccionar frente a los antígenos, ponen en marcha respuestas inmunitarias dirigidas contra las células tumorales, disminuyen a lo largo del tiempo en un 20 a 50% desde el comienzo hasta el final de la edad adulta, en consecuencia las reacciones de inmunidad celular se deterioran.⁽⁵²⁾

La dermis está formada por fibras del tejido conjuntivo: colágenas y elásticas. Hay atrofia y degeneración de la colágena, que da lugar a elastosis del anciano y degeneración actínica, juntos con dilatación de los vasos y roturas vasculares, que ante traumatismo produce púrpura senil. Son comunes la atrofia e hipertrofia del tejido subcutáneo en los viejos. El grosor de la piel tiende a disminuir después de la séptima década, además de mostrar un incremento de la respuesta vasoconstrictora, disminución de los agentes vasodilatadores y vasoprotectores. Se ve alterada la función reparadora de la

piel con alteración de la curación de heridas, que puede contribuir a la formación de úlceras y su cronicidad.⁽⁵⁴⁾

Pelo

Característica fundamental en el cabello es la aparición de las canas, disminución de la producción de melanina por parte de los melanocitos. La velocidad de crecimiento del pelo y el diámetro del tallo esta disminuida, pérdida de la médula del tallo. En los hombres la caída del cabello están más afectados en la cabeza y tronco, en las mujeres disminuye en las axilas y pubis. El aumento se produce en los hombres de forma más aparente en cejas, orificios nasales y pabellón auricular, en las mujeres se produce en el labio superior y en el mentón.⁽²⁹⁾

Uñas

Velocidad de crecimiento esta disminuida, menos brillo, estrías longitudinales, más duras, espesas y quebradizas, las uñas también sufren cambios de forma, generalmente se vuelven más planas o cóncavas.⁽²⁹⁾⁽⁵²⁾

Termorregulación

Las glándulas ecrinas y sebáceas sufren cambios con la edad, el número de glándulas ecrinas disminuye un 15%, su eficacia disminuye y producen menos sudor, situación que afecta la termorregulación. Se produce una alteración de los mecanismos homeostáticos, afecta a la regulación de la temperatura, por pérdida de eficacia de la regulación hipotalámica.⁽²⁹⁾

Debido a múltiples cambios que se pueden presentar como parte del envejecimiento, la nutrición juega un papel muy importante ya que ayuda a

modular el proceso de salud- enfermedad. En todo caso se deberá incluir como parte de la valoración, la Mini Valoración Nutricional (MNA), con esta se detecta oportunamente el riesgo nutricional identificando los factores individualizados, para proponer acciones preventivas. Este cuestionario evalúa el riesgo nutricional a través de preguntas sencillas y de algunos datos como peso, estatura, mediciones de brazo y pantorrilla e índice de masa corporal. Es una herramienta validada en pacientes geriátricos de 65 años en adelante que están desnutridos o en riesgo de desnutrición.⁽⁵⁵⁾ La calificación máxima es de 30. Se considera como normal un puntaje de 24 y más, riesgo nutricional de 17 a 23 y desnutrición calórico proteica de 16 y menos. (*Ver anexo 1*)

3. Patrón de eliminación

Valoración inicial

1. Historia

- a) Patrón de eliminación intestinal (describir) frecuencia, características, molestias, problemas con el control. Uso de laxantes, etc.
- b) Patrón de eliminación urinaria (describir) frecuencia, características, problemas con la micción.
- c) Sudoración (hiperhidrosis)
- d) Presencia de drenajes, aspiración, etc. (especificar cantidad)

2. Examen

- a) Si procede: examen del color y la consistencia de las excretas o los drenajes.
- b) Descripción del paciente en cuanto a regularidad, control, cantidad y otras características de los patrones excretores del intestino, vejiga y piel. ⁽²⁸⁾

Cambios en la función renal

Riñones

Conforme aumenta la edad, los riñones pierden parte de su tamaño y peso. A los 30 años los riñones pesan de 150 a 300g, a los 90 años el peso ha bajado de 110 a 150g, disminuye el número de nefronas, la cápsula de Bowman y el túbulo renal con el glomérulo. El flujo sanguíneo real desciende a partir de los 20 años un 10% en promedio por decenio, este disminuye debido a las alteraciones que aparecen en las arterias y capilares renales. El aporte de sangre a la corteza renal disminuye mucho más rápidamente que en el resto del tejido renal, quiere decir que las nefronas corticales se afectan gravemente con la edad. ⁽⁵²⁾

El descenso de la de la filtración glomerular (FG) es variable, el declive inicia en la tercera década de la vida, debido a los cambios glomerulares, al apilotamiento de los capilares y al menor aporte de sangre al riñón. A medida que se avanza en la edad, el descenso de la FG adquiere más importancia, ya que disminuye la excreción de sustancias tóxicas y de los productos de desecho (ácido úrico y medicamentos).⁽⁵²⁾ La capacidad de adaptarse frente a cambios agudos en el balance hidroelectrolítico se ve disminuida, normalmente el envejecimiento, pero no afecta los valores basales de electrolitos plasmáticos (Na, K, Cl).⁽⁵⁶⁾

La incapacidad para la regulación correcta de Na, se atribuye al fallo funcional de la porción ascendente del asa de Henle junto a los niveles elevados de postraglandicas y la falta de respuesta tubular a la aldosterona. Disminuye la concentración del potasio, dado una respuesta menor tubular a aldosterona. Hay un cambio en la capacidad de absorción agua, junto a la menor sensación de sed, el organismo se tiene a deshidratar.⁽⁵²⁾

A partir de los 40 años, las concentraciones plasmáticas de renina y aldosterona disminuyen, con los años el sistema renina- angiotensina- aldosterona no responde a los cambios de volumen de origen hormonal; por lo tanto no se pueden obtener niveles máximos de sodio. En los ancianos, cuando disminuye el volumen de los líquidos corporales por acción de hormonas se incrementa la liberación de la hormona antidiurética, paralelamente aumenta la sensibilidad de los osmorreceptores y decae la respuesta renal.⁽⁵²⁾

Uréteres y uretra

Los uréteres y los sistemas colectores que se extienden hasta las papilas renales están revestidos por un epitelio de células de transición, idéntico al

de la vejiga y que tiene contigüidad con este. ⁽³⁸⁾ Con la edad tanto la longitud de la uretra como la presión necesaria para el cierre uretral disminuyen en la mujer, se adelgaza, el músculo estriado que controla los esfínteres también se adelgaza y debilita. ⁽⁵²⁾

En la vejiga

La vejiga disminuye de tamaño y en sus paredes se desarrolla un tejido fibroso que cambia por completo la capacidad de distensión y la contractilidad de este órgano, la capacidad o volumen de llenado de la vejiga disminuye, lo mismo que la capacidad de retener la orina. El poder contráctil del detrusor disminuye en ambos sexos, aumenta la incidencia de sobreactivación del detrusor. ^{(29) (52)}

La micción depende del sistema nervioso central y periférico, exige que la contracción de la vejiga y la relajación uretral se produzca simultáneamente, la cantidad de orina disminuye con la edad y el volumen residual posmiccional (PVR) aumenta unos 50 a 100mL. Las alteraciones renales deterioran la capacidad de los riñones para concentrar y diluir la orina, acarrea desequilibrios hidroelectrolíticos, la osmolalidad urinaria asciende solo a la mitad aproximadamente, así se produce una pérdida mayor de líquidos. ⁽⁵²⁾

Cambios en la función rectal

Existe un menor efecto en el intestino delgado de los patrones manométricos con disminución de la frecuencia de contracciones después de comer. La absorción de nutrientes por el tracto gastrointestinal depende de varios factores. Los compuestos lipofílicos como la vitamina A muestran un incremento de su absorción mientras que la vitamina D está disminuida. La

absorción de grasa decrece, mientras que se incrementa la absorción del colesterol⁽⁵⁴⁾. La superficie intestinal sufre cambios con la edad, caracterizados por atrofia del duodeno y el yeyuno, el íleo no sufre alteraciones relacionadas con el envejecimiento. Surge un saciamiento rápido al efecto de los carbohidratos simples absorbidos por el intestino delgado, lo que contribuye a la deficiencia de otros nutrientes.⁽³⁸⁾

En el intestino grueso varios factores favorecen la aparición de divertículos: menor motilidad colónica con aumento del tiempo de tránsito por pérdida de neuronas del plexo mioentérico; mayor consistencia de las heces secundarias a un menor consumo de fibra e incremento de la absorción de agua debido al aumento del tiempo de tránsito y la colágena en la pared del colon. La alteración neuromuscular del plexo mioentérico, la disminución paulatina en el número y función de las neuronas que intervienen en la relajación muscular, es causa de enlentecimiento del tránsito intestinal.⁽³⁸⁾

El recto, muestra un aumento de tejido fibroso paralelo a la edad que reduce su capacidad de distensión al paso de las heces, el esfínter anal externo experimenta un descenso del número de motoneuronas responsables del control esfinteriano y se adelgaza. El esfínter anal interno se engruesa con los años, pierde su capacidad contráctil.⁽⁵²⁾

Eliminación en la piel

Las glándulas sudoríparas y sebáceas tienden a atrofiarse, no disminuyen con la edad, pero sí lo hace su tamaño y la actividad glandular, la producción de sebo disminuye un 23% por cada decenio en los varones y 32% en las mujeres. Las manifestaciones clínicas son: mayor sequedad cutánea, aspereza y prurito de la piel.⁽²⁹⁾

4. Patrón actividad ejercicio

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Energía suficiente para las actividades requeridas o deseadas
 - b) Patrón de ejercicio, tipo, regularidad.
 - c) Actividades de tiempo libre.
 - d) Capacidad percibida para: alimentarse, bañarse, acicalarse, movilidad en cama, vestirse, cuidarse, movilidad general, cocinar, mantenimiento del hogar, comprar.
 - e) Caídas en 6 meses (uso de algún aditamento)
 - f) Fracturas
2. Examen
 - a) Capacidad demostrada
 - b) Marcha, postura
 - c) Grado de movilidad, firmeza muscular.
 - d) Fuerza y tono muscular
 - e) Pulsos, ritmo, amplitud.
 - f) Llenado capilar
 - g) Respiraciones por minuto, tipos de respiración, saturación de oxígeno, disnea.
 - h) Tipo de tórax, campos pulmonares, ruidos cardiacos, focos cardiacos.
 - i) Frecuencia cardiaca
 - j) Tensión arterial
 - k) Apariencia general (cuidado, higiene, nivel de energía) (28)

Para que exista un buen funcionamiento físico en el anciano, es necesario mantener la capacidad de integrar las habilidades motoras necesarias para realizar las actividades de autocuidado y para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Durante el envejecimiento, los huesos,

músculos y superficies articulares sufren cambios significativos que van a condicionar su autonomía. La capacidad del anciano para mantener su autonomía va a depender en gran parte de la eficacia de la locomoción.⁽²⁹⁾

Envejecimiento óseo

Dos son las características fundamentales del envejecimiento de los huesos: la masa ósea disminuye de forma progresiva y a la vez se desmineraliza (osteoporosis primaria o senil). La absorción de calcio esta reducida, (esta pérdida es superior en las mujeres que en los hombres), la deficiencia de estrógenos parece ser el principal factor que conduce a la pérdida de masa ósea en las mujeres posmenopáusicas. Debido a estos cambios, los huesos se vuelven más frágiles (se reabsorbe gradualmente la superficie interna de los huesos largos y planos, se lentifica la regeneración sobre la superficie externa). La pérdida de hueso afecta tanto al hueso trabecular (esqueleto axial) como al cortical (esqueleto apendicular), lo que produce un adelgazamiento de las trabéculas, la perforación, pérdida de conectividad de estas en el primer caso, la reducción del grosor de la cortical y el aumento de su porosidad en el segundo.⁽⁵⁴⁾⁽²⁹⁾

Las hormonas sexuales y la horma de crecimiento (GH) ejercen un efecto anabólico sobre el hueso, ya que estas son necesarias para el desarrollo del esqueleto. Existe una pérdida de masa ósea que se produce tras el cese de la actividad ovárica en las mujeres posmenopáusicas, o tras el bloqueo de la producción de andrógenos en los hombres. Tras la menopausia, la mayoría de los andrógenos provienen de las glándulas suprarrenales y su disminución podría guardar una relación con la pérdida de masa ósea. En los hombres, la testosterona (procede un 95% de la síntesis testicular), no experimenta un cese brusco de la síntesis gonadal de testosterona, con la edad hay una disminución progresiva de la actividad androgénica, un

aumento de los niveles de la proteína transportadora (SHBG), disminuye la fracción de testosterona libre, un 50% entre los 25 y 75 años, esto contribuye a la pérdida de hueso en los hombres ⁽⁵⁷⁾

Disminución de la estatura, debido al estrechamiento de los discos intervertebrales (por la pérdida de agua del cartílago), que va a llevar a la apertura de las apófisis espinosas, desplazándolas hacia arriba. El aspecto de la persona anciana se modifica y aparece una silueta más curva e inclinada, es frecuente que se presente una ligera flexión de las rodillas y caderas, por lo que aparenta una mayor longitud de los miembros superiores y un tronco más corto, de modo que la marcha suele ser más lenta, con pasos acortados y de base más amplia de sustentación. Estos cambios no solo afectan a la movilidad en general, también a la flexibilidad, a la estabilidad en los movimientos, por tanto afectan a las capacidades funcionales. ⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁸⁾

Envejecimiento articular

El cartílago de las articulaciones con el paso de los años se deteriora, se deshidrata, pierde algo de su elasticidad, se estira con más facilidad, quedan cada vez más en contacto con las superficies óseas, lo que puede dar lugar a dolor, ruidos chasqueantes al movimiento y limitación del mismo. ⁽²⁹⁾

Al envejecer aumenta la rigidez del cartílago, los ligamentos se vuelven más rígidos, menos elásticos, el resultado es menor amplitud de los movimientos que realizan las articulaciones cartilaginosas, disminuye los movimientos vertebrales, los discos intervertebrales sirven de apoyo al cuerpo y de almohadilla a la médula espinal, con la edad las vértebras se debilitan, entonces el peso del cuerpo obliga a los discos intervertebrales a expandirse y penetrar en las vértebras, dejando una oquedad cóncava. ⁽⁵²⁾

Envejecimiento muscular

La masa corporal magra disminuye entre los 35 y los 70 años, debido a la pérdida de masa muscular esquelética y a la progresiva disminución del número y el tamaño de las fibras musculares.⁽⁵⁷⁾ La fuerza muscular disminuye, el declive es progresivo. Los músculos se atrofian, se modifica el habitual color del musculo normal, las fibras musculares disminuyen en número, disminuye la síntesis de proteínas contráctiles, se reduce el número de mitocondrias, la velocidad de conducción del nervio motor esta reducida.⁽²⁹⁾

Existen dos tipos de fibras musculares: tipo I o de contracción lenta y tipo II o de contracción rápida. Estas últimas son más afectadas en el envejecimiento, incluidos los dos subtipos: A, las llamadas fibras de oxidación rápida; B, las fibras glucolíticas rápidas. La pérdida de músculo se debe en esencia a la disminución del número de fibras musculares, en especial a las de tipo II y en menor medida a su atrofia.⁽²⁹⁾ A nivel subcelular hay acumulación de moléculas con daño por estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, acumulación de lipofuccina, falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la formación de miofibrillas, entre otros. Todos estos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza.⁽⁵⁶⁾

Los adultos mayores experimentan una disminución de la masa muscular que se llama sarcopenia; es distinta de la pérdida muscular debida a una enfermedad o a la inanición, esta tiene muchas consecuencias en las personas de edad avanzada porque se asocia a aumentos enormes de invalidez funcional, de fragilidad, repercusiones metabólicas, tanto en la regulación de la glucosa, de la masa ósea, del balance de proteínas, del control de la temperatura entre muchas otras. La pérdida de fuerza muscular o la capacidad de los músculos para generar fuerza, es secundaria a la

reducción de la masa muscular y la pérdida de fuerza muscular es un fenómeno que se observa en las personas de edad avanzada.⁽⁵²⁾⁽⁵⁶⁾

Hay un agrandamiento del ventrículo izquierdo, debido a la acumulo de tejido adiposo.

El gasto cardíaco, esta reducido, como consecuencia, el comportamiento venoso esta alterado, debido a las variaciones musculares, lo que en ocasiones se expresa por el agrandamiento de las venas. Rigidez valvular, a causa de la pérdida de la elasticidad, esclerosis en los vasos arteriales medianos y pequeños y reducción de la red capilar.⁽²⁹⁾

En el sistema eléctrico del corazón, se reduce el número de células marcapaso, (esto no impide un ritmo sinusal en el adulto mayor), existen cambios en el tejido de conducción (haz de hiz y sus ramas) el cual es el responsable de la contracción cardíaca. Las arterias coronarias se dilatan y se vuelven tortuosas, existe arterioesclerosis debido al incremento en su interior de los depósitos de calcio, fosfolípidos y esterios de colesterol. Otro cambio hace referencia al reflejo barorreceptor, un sistema fundamental para que se mantenga en las mismas cifras la tensión arterial con independencia de los cambios posturales. En consecuencia, esta pérdida en la barorrecepción determina una peor adaptación a los cambios posturales, ayuda a interpretar la propensión del anciano a la hipotensión ortostática, al síncope o a las caídas.⁽⁵⁹⁾

Los adultos mayores presentan mayor cantidad de colágeno en la pared arterial, esas fibras de colágeno tienen más enlaces cruzados permanentes con otras fibras debido a los efectos no enzimáticos de los productos terminales de glucosilación avanzada (PTGA), estos enlaces hacen que el colágeno sea resistente a la degradación y el recambio ordinarios. La regulación del aumento de la elastasa relacionada con la edad da lugar a

menor cantidad de elastina en las arterias centrales, con la consiguiente reducción de la retracción elástica y la distensibilidad, en práctica clínica, la reducción de la distensibilidad y la elasticidad vascular se observa con frecuencia en forma de hipertensión sistólica aislada.⁽⁶⁰⁾

Envejecimiento del aparato respiratorio

Los alveolos pulmonares se vuelven más lisos y aplanados, disminuye la cantidad de tejido que separa a uno de otros, se reduce la superficie alveolar a partir de los 30 años de 75 metros cuadrados, 4% en cada decenio, cuando esa superficie disminuye con la edad, la difusión del oxígeno desde los alveolos a la sangre se vuelve menos eficaz. La elasticidad pulmonar disminuye, durante la espiración, la retracción elástica sirve para que los pulmones expulsen todo el aire que contienen, y permite que los pulmones se colapsen por la acción de los músculos respiratorios; si pierden elasticidad, los pulmones atrapan aire en su interior, lo que impide que se vacíen por completo, el resultado es la menor penetración de aire a la inspiración a pesar de ello la capacidad pulmonar no se modifica con la edad, la capacidad pulmonar total disminuye menos del 10% entre los 20 y 60 años, cuando se altera la elasticidad pulmonar, es posible que disminuya la liberación de oxígeno a los tejidos.⁽⁵²⁾⁽⁶¹⁾

La rigidez de la caja torácica aumenta con la edad, esto debido a la pérdida de elasticidad de las costillas, los cartílagos que unen éstas al esternón se calcifican al envejecer. La rigidez torácica reduce las posibilidades del pulmón para expandirse en la inspiración y retraerse en la espiración, como consecuencia los adultos mayores se apoyan en el diafragma para expandir y contraer la caja torácica.⁽⁶²⁾

En resumidas cuentas dentro de este patrón se ve la funcionalidad en el paciente adulto mayor, donde es esencial valorar la realización de las actividades básicas de la vida diaria, utilizando las escalas de valoración básica geriátrica:

Índice de Katz: se trata de un cuestionario con 6 ítems dicotómicos, donde valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación), en términos de dependencia o independencia. Los resultados se dan a través de letras de la (A) a la (G) donde el adulto mayor es independiente en todas sus funciones, en una, dos, tres etc., o en ninguna. Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y socioeconómicos.⁽⁶³⁾ (Ver anexo 2)

Índice de Barthel: se trata de un cuestionario con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia, las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, o 3 puntos resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 independencia.⁽⁶⁴⁾ (Ver anexo 3)

A su vez se valoran también las actividades instrumentales de la vida diaria, en donde se utilizará la escala de Lawton y Brody: valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Se trata de una escala sensible, con

un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto.⁽⁶⁵⁾ (*Ver anexo 4*)

En el adulto mayor existen cambios propios del envejecimiento como son en el sistema musculo esquelético, óseo, articular. Cabe señalar la importancia de la evaluación de marcha y equilibrio, identificando el riesgo de caídas en el paciente. La escala de Tinetti es útil para evaluar la marcha y equilibrio, en ella la máxima puntuación para la sub escala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da el riesgo de caídas. A mayor puntuación menor riesgo, <19 riesgo alto de caídas, 19-24 riesgo de caídas.⁽⁶⁶⁾ (*Ver anexo 5*).

5. Patrón sueño reposo

Valoración inicial

1. Historia

- a) Se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir.
- b) Problemas para conciliar el sueño, ayuda, sueños (pesadillas)
- c) Periodos de descanso- relax.
- d) Uso de medicamentos para dormir (prescritos como no prescritos)

2. Examen

- a) Si procede: observación del patrón de sueño
- b) Si se perciben problemas, la valoración debe incluir el comienzo del sueño, la interrupción de este o patrones de despertar temprano, patrones de sueño invertidos (inversión día- noche)⁽²⁸⁾

Las modificaciones en el patrón de sueño durante el envejecimiento tienen su origen en los cambios fisiológicos que experimentan diversas estructuras del sistema nervioso central (SNC). El número de neuronas disminuye según pasan los años y pueden verse afectados tanto los aspectos sensoriales como los motores del SNC. La eficacia de los neurotransmisores desciende gradualmente, alterando los procesos relacionados con el inicio y el mantenimiento del sueño. Conforme el individuo envejece la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo de sueño ligero (fases 1 y 2). También sucede que el primer periodo de sueño REM se inicia con una latencia más prolongada y el tiempo que se invierte en sueño REM se reduce.^{(67) (68)}

- Aumento de las dificultades para conciliar el sueño
- Tendencia a incrementar el tiempo total del sueño (sumando las horas nocturnas y diurnas).

- Algunos ancianos no experimenten el sueño en su etapa IV o tienen una disminución importante, periodos más cortos de sueño REM.⁽²⁹⁾

Cabía plantearse si las modificaciones del sueño son propias del paso de los años o si se deberían contemplar sin separarlas de las diferentes interferencias añadidas:

- Problemas respiratorios
- Enfermedades que produzcan dolor (musculo esqueléticas)
- Problemas gastrointestinales
- Trastornos depresivos
- Determinado consumo de fármacos
- Cambios en el estilo de vida
- Aislamiento en las actividades sociales ⁽²⁹⁾

6. Patrón cognitivo-perceptual

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Dificultad para oír, ayuda para oír.
 - b) Visión, uso de gafas, última revisión, último cambio de gafas.
 - c) Cambios en la concentración de memoria
 - d) La toma de decisiones le resulta fácil y/o difícil
 - e) Forma más fácil de aprender cosas, dificultades.
 - f) Malestar, dolor, como se trata el dolor.
2. Examen
 - a) Orientación
 - b) Lectura
 - c) Comprensión de ideas y preguntas
 - d) Lenguaje (hablado)
 - e) Nivel de vocabulario. Lapsos de atención
 - f) Pares craneales ⁽²⁹⁾

Cambios en el patrón senso perceptual

Cuando una persona envejece, el sistema nervioso sufre cambios naturales que pueden influir en algunos cambios en el adulto mayor. El sistema nervioso central comprende el encéfalo y la médula espinal, el sistema nervioso periférico abarca las neuronas motoras y sensitivas que constituyen el sistema somato sensorial y el vegetativo: estas mantienen la homeostasis del cuerpo, se dividen en simpático y parasimpático.⁽⁵²⁾

Cambios en el cerebro

Disminuye de tamaño y peso, el peso promedio en un adulto es de 1.4 kg, tamaño (volumen) de alrededor de 1130 cm³ en las mujeres y 1260 cm³ en los hombres. La masa cerebral permanece estable entre los 20 y 60 años, sufre una reducción considerable, entre un 5 y 10%, los hombres pierden con la edad más masa en todo el cerebro, en los lóbulos temporal y frontal, las mujeres pierden más masa cerebral en el hipocampo y lóbulos parietales. Entre los 30 y 90 años, ambos sexos pierden un 14% de la corteza cerebral, el 35% del hipocampo y el 26% de la sustancia cerebral. ⁽⁵²⁾⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾. El contenido intra-craneario se mantiene estable porque la disminución de masa cerebral se asocia a un aumento progresivo del volumen de líquido cefalorraquídeo. ⁽⁵⁶⁾

Las células del sistema nervioso central, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. La disfunción mitocondrial juega un importante rol en el envejecimiento cerebral, participa en la generación de especies reactivas del oxígeno y nitrógeno, implicadas en el daño celular. ⁽⁵⁶⁾

Cambios neuronales

En los individuos de 20 a 90 años se observó que, a lo largo de la vida, hombres y mujeres perdían aproximadamente un 10% de todas las neuronas neurocorticales. Las pérdidas neuronales siguen siendo mínimas en algunas partes del cerebro mientras que en otras su número desciende enormemente: la pérdida de neuronas es mínima en los núcleos del tronco encefálico, los núcleos paraventriculares, y los núcleos supra ópticos, en otras áreas las pérdidas son mayores del 10 al 60% en el hipocampo, 55%

circunvolución temporal superior, 10 al 35% en el lóbulo temporal. La vaina de mielina que rodea a los axones neuronales y que sirve para impulsar más rápidamente las señales eléctricas se destruyen con la edad, la desintegración de la mielina puede ir seguida de destrucción neuronal una vez que los impulsos que atraviesan el sistema nervioso pierden velocidad.⁽⁵²⁾

Cambios de los neurotransmisores

Existen cambios en la expresión de genes y proteínas relevantes para la transmisión sináptica en los canales de calcio y receptores GABA, lo que pudiera alterar el balance entre la neurotransmisión inhibitoria y estimuladora. Este desbalance, contribuirá a la mayor actividad neuronal observado en la corteza prefrontal, lo que podría generar daño por exitotoxicidad.⁽⁵⁶⁾

Durante el envejecimiento, los cambios que experimentan los neurotransmisores pueden influir en la memoria y la capacidad cognoscitiva, así como en el comportamiento y la función motora.⁽⁵²⁾

Neurotransmisores colinérgicos: con los años comienza a disminuir la síntesis y liberación de acetilcolina por parte de las vesículas sinápticas (favorece el aprendizaje y la memoria a través de los impulsos colinérgicos que llegan al hipocampo).⁽⁵²⁾

Neurotransmisores dopaminérgicos: la dopamina se encuentra en la sustancia negra principalmente y el estriado, al envejecer los niveles disminuyen y la capacidad de la dopamina para unirse a los receptores postsinápticos.⁽⁵²⁾ Los receptores se reducen especialmente los subtipos D1 y D2 en el tálamo, la corteza frontal, el girus cingulado anterior, corteza

temporal y cuerpo estriado. (Este deterioro está asociado a la enfermedad de Parkinson)⁽⁵⁶⁾

El número de receptores dopaminérgicos durante el envejecimiento se podría producir como consecuencia de la muerte de neuronas que expresan estos receptores como de la disminución de la síntesis de receptores dopaminérgicos en las neuronas supervivientes. Se ha sugerido que la alteración de la neurotransmisión dopaminérgica está implicada en las alteraciones motoras y cognitivas que se observan en los individuos viejos.⁽⁷¹⁾

Transmisores monoaminérgicos: comprende dos neurotransmisores: la norepinefrina y la serotonina. La norepinefrina tiende a aumentar con la edad en ciertas regiones cerebrales, pero se ha comprobado que los receptores correspondientes disminuyen. La serotonina y sus puntos de unión al receptor disminuyen con la edad (puede influir en la depresión y los trastornos del sueño).⁽⁵²⁾

Aminoácidos transmisores: los aminoácidos neurotransmisores principalmente son: el glutamato (neurotransmisor estimulante), el ácido gamma-aminobutírico (GABA), principal neurotransmisor inhibitorio.⁽⁵²⁾ Las disminuciones de la concentración de ácido glutámico (GLU) en la corteza cerebral, específicamente en la corteza frontal y en el hipocampo durante el envejecimiento parecen bien establecidas. En estas estructuras, la mayoría de las neuronas son glutamatérgicas, por lo que la disminución de la concentración de GLU puede ser consecuencia de la muerte neuronal que ocurre durante el envejecimiento.⁽⁷¹⁾

Actualmente es ampliamente aceptado que en el cerebro, existe neurogenesis, la que se mantiene activa durante toda la vida. Estas nuevas neuronas se originan en dos nichos específicos, la región subventricular, en

el hipocampo y han demostrado capacidad para insertarse en los circuitos ya existentes, con la edad y algunas enfermedades neurodegenerativas existen alteraciones de la neurogénesis y es tema de estudio actual. ⁽⁵⁶⁾

Cambios en el ojo

- Oscurecimiento de la zona periorbitaria
- Pérdida de elasticidad en el músculo orbicular del ojo, tendencia a la caída del párpado (ptosis palpebral)
- Disminución de la secreción lacrimal, el ojo se muestra seco e irritado.
- Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital, hundimiento del ojo en la órbita (enoftalmos).
- Enlentecimiento del reflejo pupilar
- Reducción de la visión periférica
- La córnea tiende a enturbiarse y perder brillo, en ocasiones existen depósitos lipídicos en la periferia de la córnea, que forman lo que se llama “anillo senil”
- Disminución del tamaño de la pupila, debido a la rigidez del iris, lo que provoca una mayor sensibilidad a la luz y dificultad de adaptación en la oscuridad.
- Descenso de la capacidad de acomodación, especialmente a los objetos cercanos (presbiopía).
- Disminución a la agudeza visual, ya que en la mácula el aporte sanguíneo esta disminuido. ⁽²⁹⁾

Las fibras colágenas del ojo comienzan a engrosarse con la edad y al mismo tiempo disminuye el número de células musculares. Estos cambios merman la capacidad de la pupila y del iris para actuar juntos en la constricción y dilatación, por lo que el ojo es incapaz de adaptarse a los cambios de intensidad de la luz. El cristalino pierde su incurvación, se vuelve más plano,

disminuye su transparencia para los colores, especialmente el azul. Los cambios en la percepción de colores consiste en un déficit de discriminación de los colores, especialmente en el continuo de los colores azul- amarillo, lo que indica que las longitudes de onda cortas se absorben más, hay un déficit de los conos asociados específicamente a la percepción de las longitudes de onda cortas. Los fotorreceptores (bastones y conos) presentan alteraciones relacionadas con la edad. ⁽⁵²⁾

Cambios en el oído

- Se atrofia el órgano de Corti
- La membrana del tímpano se adelgaza y disminuye su capacidad para transmitir el sonido.
- Pérdida de agudeza auditiva.
- El nervio auditivo se degenera.
- Aumenta el tamaño del pabellón auditivo
- Proliferación de pelo en el pabellón auditivo.
- Aumento de los depósitos de cerumen, cuestión que se debe contemplar en la valoración por la implicación que puede tener en la audición. ⁽⁵²⁾

Al envejecer, el oído externo pierde elasticidad, el conducto auditivo se estrecha y la membrana del tímpano se vuelven más rígida. La piel de la oreja adelgaza, los pelos de la oreja se vuelven más largos y gruesos. En el oído medio con la edad pierde elasticidad y los huesecillos tienden a encogerse.

En el oído interno se produce una pérdida de elasticidad de la membrana basal, una degeneración del órgano de Corti que se manifiesta por más retracción y pérdida de las células neuroepiteliales dotadas de expansiones pilosas. En el oído interno se encuentra el vestíbulo y los órganos del

equilibrio, en el sistema vestibular, el deterioro relacionado con la edad afecta a las células ganglionares, a las fibras nerviosas sensoriales.⁽⁵²⁾

Los cambios de la vejez que causan pérdida de la audición son las alteraciones y el menoscabo del umbral de sensibilidad, la capacidad para percibir sonidos de alta frecuencia, la facultad de discernir el lenguaje. Lo que más se altera es la percepción de las ondas de mayor frecuencia, la pérdida de la audición es la que guarda una correlación más estrecha con la disociación sensitivo nerviosa. Durante el envejecimiento existe un deterioro constante de la audición, primero desaparecen las frecuencias altas, al disminuir la audición, se pierden otras frecuencias más variadas. Existen cuatro clases de presbiacusia que guardan correlación entre el deterioro de la función auditiva y los cambios fisiológicos del oído.⁽⁵²⁾

- La pérdida de los sonidos de alta frecuencia, o presbiacusia sensorial se debe a la falta de células pilosas de la cóclea.
- La presbiacusia estriada aparece al degenerar las estrías vasculares.
- La presbiacusia nerviosa es secundaria al deterioro de las neuronas cocleares y puede alterar la capacidad de discriminar las palabras.
- La presbiacusia de conducción coclear produce una pérdida gradual del umbral de la audición que guarda correlación con los posibles cambios que sufre el conducto coclear.⁽⁵²⁾

Los cambios debidos al envejecimiento varían en cada individuo, hay personas que no tienen cambio alguno, mientras otras sufren un menoscabo intenso o una pérdida completa de la audición.

Cambios en el olfato

- Aumento del tamaño nasal

- Disminución en la transmisión de impulsos del nervio olfatorio.
- Aumento del vello en las fosas nasales. ⁽²⁹⁾

Los axones olfatorios establecen conexiones con el bulbo olfatorio y con la cubierta del nervio olfatorio; se recambia por sinapsis en el glomérulo, envía mensajes a la corteza olfatoria primaria del encéfalo. Hay pruebas de que el sentido del olfato y el gusto alcanzan su acmé durante los decenios de los 20 y los 40 años, mientras que en los decenios 60 y 70 disminuye la olfacción. El menor número de neuronas olfatorias y el deterioro de las vías nerviosas olfatorias en el cerebro, hacen que disminuya la capacidad de percibir y distingue los efluvios aromáticos. A la edad de 25 años, el bulbo olfatorio contiene aproximadamente 60 mil células mitrales, a los 92 años solo se quedan 14500 de esas mismas células. Esa pérdida celular disminuye la capacidad funcional del sistema nervioso olfatorio. ⁽⁵²⁾

Cambios en el gusto

- El número de papilas gustativas esta disminuido y las que quedan se atrofian, por lo que tienen cierta dificultad para discernir entre sabores (salados y dulces).
- La producción de saliva también esta disminuida, lo cual afecta también al sistema del gusto.
- Adelgazamiento de las mucosas bucales
- El grosor de la lengua disminuye
- Sequedad de las encías ⁽²⁹⁾

El envejecimiento amortigua el sentido del gusto, lo que se conoce como hipogeusia, un déficit que se percibe habitualmente hacia los 60 años y se intensifica por encima de los 70 años. El sentido del gusto parece que sólo disminuye ligeramente con la edad y varía según los individuos, el cambio

máximo es el que se refiere a la capacidad de percibir variaciones del sabor salado, mientras que el reconocimiento de los sabores dulces no parece que cambie. Disminuye el número de papilas gustativas, se alteran los receptores del gusto y los canales iónicos de la membrana celular.⁽⁵²⁾

Cambios en el tacto

- Esta disminuida la sensibilidad táctil y dolorosa como consecuencia de una pérdida de sensibilidad de la piel.
- Hay pérdida parcial de los receptores del tacto, lo que dificulta el reconocimiento de objetos.⁽²⁹⁾

La capacidad de palpar, de distinguir la textura, las sensaciones tiene tendencia a atenuarse con la edad porque disminuye el número y se altera la integridad estructural de los receptores del tacto, que son los corpúsculos de Meissner y de los receptores de la presión o corpúsculos de Pacini. Al envejecer, los cambios de la piel y los que ocurren en la superficie del pelo pueden influir en la atenuación de la sensibilidad táctil.⁽⁵²⁾

Cambios cognitivos del envejecimiento normal

Se pueden incluir los cambios del lenguaje, la consciencia, la atención, la memoria y la capacidad de construcción.⁽²⁹⁾

Modificaciones del lenguaje

En ocasiones tienen dificultades para nombrar objetos y personas, suelen utilizar una gramática más sencilla. Algunas de las modificaciones del lenguaje se deben a trastornos neurológicos, que alteran de alguna manera la capacidad sensorial. Las funciones lingüísticas parecen ser la que menos

se deterioran con el paso de los años, las dificultades asociadas al envejecimiento normal es la denominación de estímulos pictóricos (representan elementos y acciones), reflejan un deterioro de la capacidad de acceder a la forma fonológica de las palabras (acceso léxico), en ello se toma en cuenta la fluidez verbal que consiste en una tarea de producción lingüística que requiere un correcta ejecución del lenguaje. Esta tarea implica otras capacidades cognitivas como atención focalizada y sostenida, velocidades de procesamiento, búsqueda de estrategias, inhibición de respuestas, memoria de trabajo, etc.⁽⁷²⁾⁽²⁹⁾⁽⁷³⁾

La consciencia

Significa la capacidad de percibir los estímulos externos e internos, interpretarlos y responder a ellos. Se cree que durante el proceso de envejecimiento no se producen cambios significativos.⁽²⁹⁾

La atención

La atención en las actividades más complejas, que implican el estar pendiente, el dividir la atención en varias actividades a la vez, puede verse deteriorada. La atención comprende distintos tipos de procesos y sistemas: entre ellos, los procesos destinados a crear, a mantener un estado de alerta adecuado, los sistemas de orientación destinados a la selección de información, al control, monitorización de los recursos de atención y asociación de las funciones ejecutivas. Existe evidencia de una afectación de las funciones atencionales básicas como los sistemas de alerta en el envejecimiento normal, estas muestran una preservación relativa comparadas con las funciones atencionales más complejas.⁽⁷²⁾⁽²⁹⁾

La memoria

En una primera etapa intervienen los órganos de los sentidos, llamada memoria sensorial, intervienen la vista, el oído, el olfato, etc. La información en esta etapa se mantiene muy poco tiempo, tan solo unos segundos, memoria a corto plazo o inmediata y memoria a largo plazo. Se ha entendido que la memoria es uno de los dominios cognitivos que más afectado se ve por el propio proceso de envejecimiento normal, existe una categoría que define el deterioro de memoria asociado al envejecimiento no patológico el Age Associated Memory Impairment (AAMI) (ha generado un gran volumen de trabajos).⁽⁷²⁾⁽²⁹⁾

Es aceptado que la memoria no es un constructo unitario, sino que se trata de una función que aglutina a varios sistemas y componentes, se informa que en trabajos recientes, hay una mayor afectación de la memoria episódica en el envejecimiento normal y el deterioro de la memoria semántica podría ser asociada a un envejecimiento patológico.⁽⁷²⁾⁽²⁹⁾

La memoria de trabajo es el componente del procesamiento mediante el cual se produce la actividad mental consciente que acontece en un determinado momento. La memoria activa realiza dos funciones relacionadas entre sí. En primer lugar, almacena la información durante algún tiempo, esta se utiliza de forma consciente, adquiere nueva información para su uso, desecha la información que no es necesaria. En segundo lugar procesa la información, posibilita el razonamiento integrador, hacer cálculos mentales, sacar conclusiones y otros procesos cognitivos. A la hora de almacenar y procesar la información, las personas mayores tienen una memoria de trabajo con menor capacidad, dificultad para conservar varios aspectos de información nueva, les es difícil material nuevo.⁽⁷⁴⁾

La memoria, inmediata como a largo plazo adopta dos formas diferentes que se originan en un área distinta del cerebro. La memoria implícita es una memoria inconsciente o automática que incluye los hábitos, las respuestas emocionales, los procedimientos rutinarios y los sentidos.

La memoria explícita abarca palabras, datos, conceptos y similares. La mayor parte del contenido se aprende de modo consciente, a menudo al relacionarlo con información verbal que ya está almacenada y con la finalidad de recordarlo más adelante. Investigadores coinciden que la memoria implícita es menos vulnerable que la explícita al deterioro cognitivo asociado a la edad.⁽⁷⁴⁾

Funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas

El deterioro de este tipo de capacidades no parece ser generalizado, se muestra de manera selectiva y específica. La ejecución en tareas visoperceptivas más simples y pasivas, que solo requieren la comparación de determinadas características visuales (forma, color, luminosidad), no parece verse muy afectada por la edad. Las funciones visoespaciales, en cambio, hacen referencia a la capacidad para relacionar la posición, dirección o movimientos de elementos en el espacio, el efecto de la edad sobre las tareas visoespaciales se ha observado en aquellas que requieren la orientación u navegación en un espacio tridimensional, por último se ha hallado un efecto negativo de la edad sobre la ejecución en tareas visoconstructivas, en las que se requiere una adecuada coordinación e integración de las funciones visoperceptivas y visoespaciales con las capacidades motoras, como la copia de dibujos o la construcción de diseños con bloques.⁽⁷²⁾

A partir de lo anterior es necesario hacer una evaluación al adulto mayor en el área cognitiva, para ello existen escalas de valoración específica y así identificar alteraciones y trabajar en ello.

Mini examen del estado mental (MMSE) Folstein: se trata de un test de cribado de demencias, útil en el seguimiento evolutivo de las mismas, puntúa como máximo un total de 30 puntos, los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención, cálculo, registro y lenguaje. Los datos normativos más habituales son los siguientes: normal (27-30), daño cognitivo medio (21-26), daño cognitivo moderado (11-20), daño cognitivo severo (0-10)⁽⁷⁵⁾ Se tomará en cuenta la escolaridad y edad para determinar con exactitud el tipo de deterioro.⁽⁷⁶⁾ (Ver anexo 6)

Test del dibujo del reloj Shulman: es un instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos, consiste en dar a los pacientes un papel en blanco y las instrucciones para dibujar un reloj (un círculo, los 12 dígitos correspondientes a las horas)⁽⁷⁷⁾ después de dibujar los números” deben ubicar las manecillas marcando las once y diez, si pasa un tiempo, no dibuja o falta algo, se le pregunta si ha terminado, en caso afirmativo se recoge la hoja y se evalúa.⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾ (Ver anexo 7)

Cuestionario de Pfeiffer: cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

Se evalúa en función de los errores: 0-2 normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado, 8-10 deterioro cognitivo severo. En esta

escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona. Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría. Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría. ⁽⁸⁰⁾⁽⁸¹⁾ (Ver anexo 8)

Confusion Assesment Method (CAM)⁽⁸²⁾ facilita la detección, el diagnóstico, la gravedad y las fluctuaciones del delirium en pacientes de alto riesgo, es un algoritmo diagnóstico, en el que se valora el inicio agudo y curso fluctuante, la falta de atención, el pensamiento incoherente y la alteración del nivel de conciencia. Según un estudio prospectivo ⁽⁸³⁾ acerca de la utilidad y fiabilidad de la confusión assessment method en atención especializada y primaria 2013, tuvo una sensibilidad del 94-100%, especificidad del 90-95%, mostraron una escala con buena psicometría, válida y fiable para el diagnóstico de delirium.⁽⁸⁴⁾ (Ver anexo 9)

7. Patrón autopercepción autoconcepto

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Descripción de uno mismo, como se siente consigo mismo.
 - b) Cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer.
 - c) Cambios en los sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo
 - d) Cosas que le hacen frecuentemente enfadar, aburrir, sentir miedo, ansiedad, depresión.
 - e) Pérdida de la esperanza.
2. Examen
 - a) Contacto visual, lapsos de atención (distracción)
 - b) Patrón de voz y conversación.
 - c) Postural corporal
 - d) Nervioso, relajado, asertivo, pasivo, irritable.⁽²⁸⁾

La actitud

Representa la forma de estar, de aceptar y de enfrentarse a algo. Hay que considerar la conducta, ante algo, teniendo en cuenta que es ese algo, esa situación, está compuesta por una serie de estímulos que transmiten la situación. Se habla de dos tipos de actitudes: la actitud positiva o abierta, y la actitud negativa o cerrada.⁽²⁹⁾

En la actitud positiva o abierta el individuo contempla los hechos y las situaciones donde se desarrollan los acontecimientos, teniendo presentes los problemas existentes, pero de forma positiva, con una visión de encontrar soluciones. Esta actitud crea un clima flexible, tendente a la comunicación y a la cooperación, y favorecer el desarrollo personal. La actitud negativa o

cerrada contempla las dificultades como amenazas y el individuo tiende más bien a defenderse de ellas que a enfrentarse intentando resolverlas.⁽²⁹⁾

Las actitudes tienen una influencia directa en la conducta durante toda la vida y al llegar a la vejez su influencia es todavía mayor, ya que se van produciendo cambios importantes: biológicos, familiares, sociales, laborales, etc., y lógicamente la adhesión a un tipo de actitud u otro va a depender además de las experiencias y vivencias experimentales a lo largo de la vida.
(29)

Una serie de investigaciones muestran que es principalmente la actitud de las demás personas la que obliga a menudo a adoptar formas de conducta adecuadas a la vejez, asimismo la conducta de personas que los rodean, es la que hace que el adulto mayor sea consciente del avance de su edad. Según esto, el sistema de referencia social es el factor determinante para la propia imagen de la persona y experiencia de sí mismo.⁽⁸⁵⁾

Concepto de sí mismo y autoestima

Ese sentido egocéntrico que aflora en otras edades disminuye y la preocupación por uno mismo casi desaparece. Tales hallazgos resultan complicados de entender, ya que se presentan una serie de modificaciones con el paso de los años, en todas las esferas: cambios del aspecto físico, cambios en la autonomía, cambios sociales y familiares, que podrían de alguna manera configurar la imagen de uno mismo y repercutir en la autoestima.⁽²⁹⁾

Las teorías acerca del yo, parten de la premisa que los adultos toman decisiones, se enfrentan a problemas e interpretan la realidad de una manera tal que pueden definir su propia identidad, llegar a ser ellos mismo y

expresarse con la máxima plenitud posible. Una de las teorías acerca del yo más respetadas es la teoría de la continuidad, se centra en los modos en que el yo, se mantiene integro a medida que el individuo va experimentando los acontecimientos y cambios propios de la vejez. Según esta teoría, en la vejez cada persona se desarrolla de una forma parecida a como lo hacía en etapas anteriores de la vida.⁽⁷⁴⁾

Paul y Margaret Baltes afirman que las personas pueden elegir afrontar el inevitable deterioro físico y cognitivo propios de la vejez mediante la optimización selectiva con compensación, que constituye un concepto central de las teorías acerca del yo. La idea básica de la optimización selectiva con compensación es que los individuos fijan sus propios objetivos, valoran sus propias capacidades y buscan la manera de conseguir lo que quieren a pesar de las limitaciones y los declives de la vida.⁽⁷⁴⁾

Erick Erickson describió los estadios psicosociales del ciclo completo de la vida, en el cual describe cómo ve a la vejez desde este análisis: Estadio integridad versus desespero-sabiduría. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que abarca la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial, la integración emocional de la confianza, de la autonomía, la vivencia del amor universal, convicción de su propio estilo, la historia de su vida, una confianza en sí. La falta o pérdida de esa integración o de sus elementos, se manifiesta como desespero, con la ausencia de sus valores. La sabiduría es la palabra clave para expresar este estadio, ya que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro, la comprensión de los significados de la vida. La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y desdén.⁽⁸⁶⁾

Rosenberg conceptualizó la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, que se construye por medio de una evaluación de las propias características.⁽⁸⁷⁾ La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. En algunas investigaciones se propone que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.⁽⁸⁸⁾

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad.⁽⁸⁸⁾

La depresión es uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a alta mortalidad en el adulto mayor, su prevalencia varía según el instrumento diagnóstico utilizado o el grupo poblacional estudiado. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas. La Sociedad Americana de Psiquiatría la describe como *“una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”*.⁽⁸⁹⁾

Algunas causas de la depresión es la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT_{2A} disminuye con el envejecimiento, irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos

deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión. El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en adulto mayor deprimido.⁽⁸⁹⁾

Para la incorporación de la escala básica geriátrica se utilizará la escala de depresión Yesavage, su nombre original Geriatric Depression Scale (GDS), la versión original es de 30 ítems, a la cual se han realizado distintas adaptaciones al castellano más abreviadas. Es un cuestionario (para personas mayores de 65 años) con respuestas dicotómicas sí/no el contenido se centra en aspectos cognitivo- conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en adultos mayores. La fiabilidad ha sido obtenida por varios métodos y para su validación se ha comparado con otras escalas utilizadas (depresión de Zung SDS, escala de depresión de Hamilton HRS-D y el inventario de depresión de Beck). Se encontró una sensibilidad del 84%, especificidad del 95%.⁽⁹⁰⁾

La puntuación máxima es de 30, de esos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando se contestan de forma negativa. (*Ver anexo 10*) Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original son los siguientes:

No depresión 0-9 puntos, depresión moderada 10-19 puntos, depresión severa 20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión 0-5 puntos, probable depresión 6-9 puntos, depresión establecida 10-15 puntos

8. Patrón rol relaciones

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Vive solo o con su familia, estructura familiar
 - b) Problemas familiares de difícil manejo
 - c) Familia u otros dependen del adulto mayor para alguna cosa
 - d) Pertenencia a algún grupo social, amigos, se siente solo.
 - e) Ingresos suficientes para cubrir sus necesidades
 - f) Número de hijos, cuidador principal.
2. Examen
 - a) Interacción con los miembros de la familia o con otros (si están presentes)⁽²⁸⁾

Existen cambios sociales que se presentan en el adulto mayor durante el envejecimiento, principalmente al cambio de rol, tanto en el ámbito individual, familiar y en la comunidad. Por lo que hay que considerar las diferencias generacionales, la dificultad de adaptación e integración que suele presentar esta población.⁽⁹¹⁾ Hay diferentes teorías sociales, una de las cuales es la de estratificación social que proponen una perspectiva muy distinta de la vejez. Afirman que las fuerzas sociales limitan la elección personal y condicionan la vejez, cuando la capacidad de la persona para ser funcional depende en gran medida del estrado social al que pertenece.⁽⁷⁴⁾

Por otro lado la teoría de la reconstrucción social de Kuypers y Bengston ha utilizado el modelo de descomposición social en donde en la sociedad hay cambios negativos en el concepto que los ancianos tienen de ellos mismos. El modelo plantea cuatro pasos: la sociedad ocasiona que los viejos sufran una pérdida de roles, la sociedad los etiqueta entonces negativamente como incompetentes y deficientes, la sociedad los priva de las oportunidades para

utilizar sus habilidades, los viejos aceptan las etiquetas externas. De acuerdo con esta teoría la gente puede cambiar al sistema y romper el ciclo por medio de tres tipos de acción.

- Es necesario eliminar la idea que el trabajo es la fuente principal o única de valor.
- Es preciso mejorar los servicios sociales, vivienda, atención médica y la condición financiera del mismo.
- Mayor poder de autorregulación⁽⁹²⁾

Cambios en la familia

Las personas mayores viven cada vez más tiempo y en mejor estado de salud.

Según van pasando los años el anciano va representando distintos roles:

- Rol individual y en el seno de la familia
- Rol dentro de la comunidad.

Rol individual y en el seno de la familia

Cuando el anciano es independiente, en principio tiene cubiertas no solo las necesidades personales y del cónyuge en el caso de que lo haya (fisiológicas, de vivienda, económicas, sociales y de salud), sino que sirve de soporte importante para los hijos. En el plano afectivo, las personas mayores pueden servir de ayuda a los hijos con los nietos, con la transmisión de los valores familiares, acompañamiento, apoyo, recogida y traslado a los centros de estudios etc. El mayor problema surge cuando el anciano tiene alguna dependencia o problemas de salud que le limita en sus actividades y es la familia la responsable de satisfacer las necesidades. ⁽²⁹⁾

Los cambios más significativos en la transformación de la familia se podría resumir en:

- Cambios demográficos en la pirámide de la población, mayor proporción de sujetos en edades maduras y menor número en los jóvenes.
- Tendencia generalizada a la emancipación por parte de los hijos.
- La inclusión mayoritaria de la mujer en el mundo laboral fuera del domicilio.
- Mayor número de personas ancianas viudas, que viven solas y que prefieren hacerlo de forma independiente en lugar de una convivencia impuesta.⁽²⁹⁾

Rol social

La búsqueda de identidad individual se plantea sobre la base de la comparación con los demás. Los cambios sociales producen en el anciano la sensación de no pertenencia al grupo escogido, influyen las costumbres, el estilo de vida y la concepción de la propia existencia separado por las generaciones que inciden negativamente en el reconocimiento. Como consecuencia de esto, se da la proliferación de grupos paralelos lo que provoca un mayor distanciamiento intergeneracional.⁽⁹¹⁾⁽²⁹⁾

Rol laboral: la jubilación

Cambia fundamentalmente por el cese de la actividad laboral (jubilación). La consideración social, a pesar de las verbalizaciones que se realizan, es diferente para la persona trabajadora (que es productiva y genera una riqueza, utilizable para la comunidad), que para la persona que ya ha cesado en el trabajo.⁽⁹¹⁾⁽²⁹⁾

Una consecuencia de la jubilación está dada por la adaptación del adulto mayor a este cambio, debido a que se torna difícil, ya que su vida social y sus valores están orientados en torno a la actividad y al trabajo que realizaba, esta pérdida de rol lleva una serie de situaciones que repercuten en su situación económica, física y psíquica. Las relaciones sociales se reducen, los recursos económicos disminuyen, el exceso de tiempo libre exige una reorganización de la vida cotidiana.⁽⁹¹⁾⁽²⁹⁾

La mayoría de los adultos mayores dejan de pertenecer al mercado laboral porque así lo desean, mientras que la mayor parte de los que continúan trabajando lo hacen a tiempo parcial porque así lo prefieren, la mayoría de los ancianos que deciden reducir su jornada laboral o se jubilan, no sólo se adaptan bien a su nueva situación, mejoran su estado de salud y su felicidad.⁽⁷⁴⁾

Ahora bien para incorporar la valoración básica geriátrica se incluirá la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, asumir el rol de cuidador no es inocuo, es posible desarrollar un fenómeno de sobrecarga por la tarea, habiendo diversas variables: desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social, deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipulatorias, ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. Esta escala es la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas (incluye el español), consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica el cuidado en: ausencia de sobrecarga (<46), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa (>56). Un inconveniente es su extensión, se validó en España una forma abreviada, consta de 7 ítems, cada ítem adopta 1-5 puntos, sumando entre 7 y 35 puntos. Tiene una sensibilidad de 100%, especificidad de 90.5%.⁽⁹³⁾ (Ver anexo 11).

9. Patrón sexualidad reproducción

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Relaciones sexuales satisfactorias, cambios, problemas.
 - b) Uso de medicamentos para satisfacer las necesidades sexuales
 - c) En mujeres: menopausia, último periodo menstrual, gravidez, último PAP, última mastografía.
 - d) En hombres: última revisión médica, problemas prostáticos, disfunción eréctil.
2. Examen
 - a) Ninguno a no ser que se haya identificado un problema o que el examen pélvico sea parte de una valoración física completa. ⁽²⁸⁾

Se puede entender al sexo como una parte de la personalidad total, algo que aparece en los seres humanos y se mantiene hasta la muerte. Según Maslow (1999), en su definición de salud sexual geriátrica: *“La salud sexual geriátrica puede ser definida como el más alto nivel, que requiere la más grande cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito”*.⁽²⁹⁾

El hombre

Los cambios que la edad avanzada produce en el eje reproductor del varón son: mayores niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), menores concentraciones de testosterona sérica y biodisponible, un declive funcional de las células de Leyding. Los valores de testosterona descienden (estos varían de acuerdo al estado de salud), suele acompañarse de disminución de libido, de erecciones espontáneas, del deseo sexual y de los contenidos sexuales del pensamiento. ^(29,52)

Cambios anatómicos y funcionales

Testículos: pierden tamaño y peso (varia de un adulto a otro), existen cambios degenerativos en los túbulos seminales, aplanamiento del epitelio germinal e interrupción de las células germinales. La producción de espermatozoides viene regulada por la hormona FSH y esta, a su vez, lo está por el hipotálamo.^(29,52)

En la producción de semen intervienen tres estructuras:

Las vesículas seminales, que muestran cambios estructurales, entre los que se incluyen lo que se conoce como degeneración amiloidea y la sustitución de sus fibras musculares por tejido conectivo. El líquido seminal normal es muy rico en fructosa, fuente de energía que favorece la movilidad y el ascenso de los espermatozoides. Se pierde parte de esa riqueza energética. La próstata se hace más dura y muestra de forma progresiva cambios degenerativos, cada vez más extensos.^(29,52)

Las glándulas de Cowper, cuya función es producir un líquido alcalino, escaso en su cuantía, pero con la función de neutralizar los restos ácidos urinarios de la uretra distal, apenas producen líquido en el anciano de edad avanzada.

- Fallo funcional en las aminas cerebrales, en la vía central dopaminérgica.
- Una pérdida de sensibilidad de los receptores adrenérgicos, hecho que se ha constatado en el curso del envejecimiento, para otras muchas funciones del organismo.^(29,52)

Cambios en el comportamiento y en la respuesta sexual

Erección

Viene regulada por la estimulación parasimpática durante la excitación sexual y la que tiene lugar, ocasionalmente, durante el sueño. Esta estimulación determina un aumento del flujo sanguíneo en los vasos de los cuerpos cavernosos. En el anciano se produce un aumento del tejido conectivo en los cuerpos esponjosos y una mayor rigidez de las paredes vasculares del cavernoso.^(29,52)

Actividad sexual

- Se produce una disminución paulatina de la actividad sexual, midiendo el número de eyaculaciones por unidad de tiempo.
- Disminuye la fortaleza y frecuencia de las contracciones de la musculatura estriada de la pelvis.
- Apreciación subjetiva de la percepción de una menor intensidad de placer derivada del orgasmo.
- Menor frecuencia de eyaculación precoz en el anciano.^(29,52)

La mujer

Entre las alteraciones de la función neuroendocrina que ocurren durante el envejecimiento están los cambios que se producen en los niveles de gonadotropinas, con la edad los niveles de FSH comienzan a elevarse antes de que se produzca la menopausia y siguen elevándose durante toda la menopausia y después de la misma, con el estradiol es similar con los niveles de FSH, excepto que descienden bruscamente en plena menopausia.^(29,52)

Cambios anatómicos y funcionales

La redistribución de la grasa, la disminución de la fuerza muscular, la modificación en la distribución de vello y los cambios osteoarticulares, que favorecen la tendencia a padecer osteoporosis, son algunas modificaciones que van a influir en la sexualidad.^(29,52)

Aparato genital:

Ovarios se atrofian, disminuye el tamaño, folículos ováricos disminuyen lo que provoca un descenso de la fecundidad, existe alteraciones de los ovarios, como insuficiencia ovárica, agotamiento de los ovocitos relacionados con la aparición de la menopausia.^(29,52)

En el útero, el grosor del endometrio uterino disminuye durante los ciclos menstruales, este grosor disminuido acarrea menos flujo menstrual, provoca finalmente la ausencia de ciclos menstruales, el cese de la ovulación y de la menstruación. Los ligamentos de sostén que fijan al útero se debilitan con la edad, haciendo que el útero se desvíe hacia atrás. Después de la menopausia, el tamaño del útero disminuye hasta un 50%. En las mujeres posmenopáusicas, el cuello uterino, sufre un estrechamiento y retracción.

La vagina, con la privación estrogénica, tiene menos capacidad para su fluidificación, su mucosa se hace más estrecha, menos elástica y reduce su capacidad de distensión.^(29,52)

Labios mayores y menores pierden elasticidad, y muestran atrofia progresiva de sus capas dérmicas y epidérmicas, lo mismo que el resto de la vulva. El clítoris tiene mayor dificultad para la erección. Cambios en la respuesta y en la actividad sexual. Disminuye el número de coitos y a la vez existe un aumento en la frecuencia de prácticas masturbadoras en la mujer.^(29,52)

10. Patrón afrontamiento tolerancia al estrés

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Cambio importante en su vida en el último año/ dos últimos años y/o crisis.
 - b) Persona que resulta de ayuda para entablar una conversación
 - c) Tensión o relajación la mayor parte del tiempo
 - d) Utilización de medicinas, drogas o alcohol para relajarse
 - e) Modo de tratar los problemas en su vida
2. Examen
 - a) Ninguno⁽²⁸⁾

Las personas responden de forma diferente a los acontecimientos, va a depender de la percepción de uno mismo ante una situación, los acontecimientos vividos como amenazantes y el nivel de estrés previamente experimentado. Se ha demostrado que existe una relación entre el estrés y el descenso de la inmunidad, y entre el descenso de la inmunidad y la depresión. El objetivo será procurar el máximo bienestar en la vida del anciano, que abarque tanto los componentes físicos como los psicológicos y socioculturales.⁽²⁹⁾

Cambios de naturaleza física

Los cambios que se observan en este patrón pueden ser de naturaleza física (limitaciones visuales, debilidad física, modificaciones, del sistema osteoarticular, etc.), que limitan la posibilidad de desplazamiento y pueden hacer que la persona mayor sea más proclive a sufrir accidentes. Otro factor de riesgo importante lo constituye el consumo de fármacos, que pueden

provocar sobredosis, dependencias, intoxicación o ciertos efectos indeseables.⁽²⁹⁾

Cambios de naturaleza psicológica

Situaciones de confusión, desorientación o pérdidas de memoria, lo que provoca incapacidad para comprender los riesgos de la enfermedad o los accidentes que le acechan y emprender acciones para evitarlos. Las emociones juegan un papel importante en la integridad física o mental de una persona, y como ya se ha comentado, en las personas mayores, concurren una serie de situaciones favorecedoras del estrés (cambios en la autoestima, presencia de tristeza por las pérdidas afectivas, ansiedad o miedos ante situaciones nuevas, etc.).⁽²⁹⁾

El envejecimiento psicológico se expresa en distintas funciones; en las que se incluyen las formas en cómo perciben la realidad, la relación con uno mismo y con los demás, existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del adulto mayor. Los procesos afectivos se manifiestan a partir de estados de ánimo, emociones y sentimientos, que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez, se complican en ocasiones con síntomas depresivos y enfermedades físicas, todo esto conlleva la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa, se manifiesta tensión motora, hiperactividad, expectación aprensiva, actitud hipervigilante, insomnio de conciliación y sueños angustiosos.⁽⁹⁴⁾

Las fuentes principales de estrés en el anciano están relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, con aspectos socioculturales, estilos de vida, con el apoyo emocional que reciba de sus

familiares y de otras redes de apoyo social, ya que se plantea que cuando la familia es disfuncional, constituye la mayor fuente de estrés para ellos.⁽⁹⁴⁾

Cambios de naturaleza sociocultural, espiritual y medioambiental

Es en la familia y en el grupo social inmediato donde se recibe el mayor apoyo y protección. Las personas de edad avanzada, debido a los cambios de la unidad familiar y a la dispersión del grupo de pertenencia, sobre todo una vez que se cesa en el trabajo tienen un riesgo importante de soledad, de sufrir malos tratos y como consecuencia de un mayor grado de estrés.⁽²⁹⁾

Al respecto conviene decir que se utiliza una escala de ansiedad específica en el adulto mayor llamada Hamilton consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad, (un ítem referido al comportamiento durante la entrevista), proporciona una medida global de ansiedad. Los puntos de corte son: 0-5: no ansiedad, 6-14: ansiedad leve, >15 ansiedad moderada/ grave⁽⁹⁵⁾ Tiene una consistencia interna 0.79-0.86, Fiabilidad test-retest 0.96, puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento⁽⁹⁶⁾ (*Ver anexo 12*)

11. Patrón valores creencias

Valoración inicial

1. Historia
 - a) Generalmente consigue las cosas que quiere en la vida
 - b) La religión es importante en su vida
 - c) Cosas importantes en la vida
 - d) Opinión sobre la muerte
 - e) Directrices avanzadas
2. Examen
 - a) Ninguno ⁽²⁸⁾

Una creencia es una convicción profunda en cualquier campo: la salud, la política, la religión. Se relaciona generalmente con los valores, lo que significa que concede importancias a algunas cosas (el dinero, la salud), con un sistema (la familia, la sociedad), o con un sentimiento (el amor, la libertad), que orienta el comportamiento.⁽²⁹⁾

En cuanto a la espiritualidad, es un conjunto de creencias propias del alma y del espíritu, numerosos estudios en poblaciones americanas, indias y africanas de personas mayores, reportan el importante papel de la práctica espiritual y/o religiosa en el afrontamiento y adaptación a situaciones críticas en la vejez.⁽⁹⁷⁾ Cada persona necesita sentirse integrada dentro de un grupo social, donde la escala de valores, las creencias y el sentido espiritual adscrito a su vida sea semejante o se encuentre dentro de los márgenes que de forma individual cada uno marca, como consecuencia de esta realidad cada persona desde la infancia asumen valores, actitudes negativas y positivas hacia la vejez; al llegar a esta etapa tienden a adaptarse a la imagen que han construido.⁽⁹⁸⁾

Para que el mantenimiento de las creencias, los valores y el sentido de espiritualidad se ejerzan, se deben contemplar los aspectos físicos y biológicos, aspectos psicológicos y aspectos sociales. En las personas mayores, donde de forma genérica la proximidad a la muerte es más cercana que en otras edades, cobra vital importancia en el mantenimiento de sus creencias y valores.⁽⁹⁷⁾

A la persona que tiene cercana la muerte se le plantean dos grandes conflictos: las pérdidas y los temores. Entre las pérdidas, una de las más expresadas es la de independencia, en todos los sentidos, pérdida en la imagen y apariencia, pérdidas para controlar las situaciones e incluso seguir el proceso de la propia enfermedad. Del miedo existen al abandono de la vida, a los problemas que pueden quedar pendiente, a la pérdida de la esperanza, familia, amigos, al dolor y a los procedimientos sanitarios.⁽⁹⁸⁾

Existen estudios de diferentes grupos de edad de adultos que han revelado que existen variaciones en la actitud hacia la muerte, los investigadores indicaron que en la vejez, parecen resolver su temor a la muerte, la actitud hacia la muerte depende de la actitud que se tenga hacia la vida, se encontró que quienes experimentaban buena salud y estabilidad en su matrimonio, participaban en las actividades de la iglesia y tenían contactos informales con amigos, familiares, miraban a la vida y a la muerte de manera más positiva.⁽⁹²⁾

Kubler Ross presenta una descripción del proceso de muerte en el que identificó cinco etapas de la agonía que no ocurren necesariamente en una secuencia regular. Las cuales son negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Pattison por su parte presenta el proceso de la muerte de manera distinta, afirma que *“todos proyectamos una trayectoria de vida que comprende un ciclo de determinada duración dentro del cual arreglamos*

nuestras actividades y nuestra vida, luego nos vemos abruptamente enfrentados a una crisis, la crisis del conocimiento de la inminencia de la muerte⁽⁹²⁾

Los adultos mayores suelen tener una actitud más filosófica, más realista y menos ansiosa hacia la muerte que los jóvenes, aun así no resulta sencillo hablar de ese tema con todos ya que siguen teniendo una perspectiva diferente.

El formato de valoración descrito a lo largo del trabajo, lo encontraremos guiado por patrones funcionales de Marjory Gordon, se marcará la opción que el paciente presente al momento de realizar la valoración, se incluyó apartados para la valoración básica geriátrica (VBG), en donde se emitirán los resultados según lo indique con interpretación y/o indicación según el autor revisado. Hay que tomar en cuenta las consideraciones para la valoración en el adulto mayor (apartado de resultados 6.1 Consideraciones para la valoración en el adulto mayor) para una adecuada obtención de datos. Se manejaron términos y conceptos conocidos para el profesional especializado. *(Ver anexo 14 Formato de valoración)*

VII. Conclusiones

El adulto mayor es una población que va en aumento, la necesidad de su atención es una tarea primordial por parte del personal de enfermería especializado. Al elaborar una propuesta de valoración geronto geriátrica se da la apertura para una herramienta de valoración especializada en esta población, el actuar de enfermería se basa en el cuidado del paciente, en la prevención y en la identificación de situación que se puedan evitar o prevenir con un adecuada valoración.

El objetivo de la valoración enfermera, es el actuar por parte del personal, desde el modelo de atención de preferencia, utilizado patrones funcionales de Marjory Gordon y valoración básica geriátrica (VBG), cualquiera que se elija deberá estar orientado a los objetivos de la geriatría y gerontología, que será la prevención y/o mantenimiento de la capacidad funcional, mental y social, de no ser así brindar un apoyo parcial o proporcionar rehabilitación, siempre sin perder de vista que el paciente será sujeto de una atención integral multidisciplinar y que enfermería forma parte de este gran grupo de atención al adulto mayor desde su condición muy particular del proceso de envejecimiento hasta las patologías agregadas.

Un proceso de envejecimiento plagado de aspectos positivos (buen envejecer) no empieza a partir de los 60 años. Las bases que establecen un envejecimiento saludable se asientan en los estilos de vida de las personas mayores manteniendo un cuerpo y una mente sanos. Por tanto, para que exista un buen proceso de envejecimiento es necesario mantenerse física y mentalmente activos. Una buena valoración nos permite identificar situaciones que estén ajenas a este buen envejecer y poder brindar una buena atención a esta población.

VIII. Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Washington D.C; 2012
2. Carmona Valdés SE. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México .Población y Salud en Mesoamérica.2016;13(2) :1-19
3. Secretaria de Salud. Guía de práctica clínica GPC. Valoración geronto geriatrica integral en el adulto mayor ambulatorio: evidencias y recomendaciones[Internet].México:CENETEC;2011[citado 23 mar 2017].Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_Valoracixn_geronto_geriatrica.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento[internet].Suiza: OMS; [citado 6 dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet].Suiza: OMS;[citado 28 Sep 2016].Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la población [Internet].México; 2016.[citado 6 Dic 2016]Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf
7. Abizanda SP, Rodriguez ML.Tratado de medicina geriátrica fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.Barcelona, España: Elseiver; 2015.
8. Potter P, Perry A, Stockert P HA. Fundamentos de enfermería. 8º ed. España: Elseiver; 2015.
9. Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Cient[Internet].2010;[citado 15 Dic 2016]:18–23.Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
10. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M, Valverde Sánchez MM.Valoración enfermera geriátrica, un modelo de registro en residencias de ancianos.Gerokomos.2007;18(2):72-76
11. Alba Martín R, Armenteros Berral MM, Barroso Estévez E, Fernández Córdoba AM, Zafra Sánchez MT.Proceso de atención en enfermería en un paciente geriatrico.Revista científica de enfermería.2014;9:1-14
12. Secretaria de Salud.Guía de práctica clínica GPC. Valoración Geronto geriatrica Integral en el adulto mayor ambulatorio.México:CENECET;2011

13. López Toledano MC, Luque Cantarero I, Gómez López VE, Casas Cuesta R. Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia. *Enferm Nefrol.* 2014;17(4):283–290.
14. Regueiro M, Homar C, Ovejero R, Liu A, Pieroni T, Basilico R. Características clínicas y valoración geriátrica en adultos mayores con neumonía de un hospital de Buenos Aires, Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013;30(3):2–6.
15. Medina Chávez JH, Torres Areola LP, Cortés González RM, Durán Gómez V, Martínez Hernández F, Esquivel Romero G. Guía de práctica clínica Valoración geriátrica integral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49(6):669–84.
16. Méndez Mata A. Guía de valoración por patrones psicosociales en el adulto mayor hospitalizado. [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2015. .
17. Maya Hernández M. Adulto mayor con enfermedades crónicas hospitalizado: enfoque bio psico social en el desarrollo proceso enfermero [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2015.
18. Aronia Rivera J. Análisis del diagnóstico de enfermería desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades y propuesta de plan de cuidados en el adulto mayor. [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2015.
19. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. Suiza: OMS; [citado 28 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
20. Robles Maya MJ, Miralles. Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany A. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría, tipología de ancianos y población diana. *Tratado de geriatría para residentes.*
21. Rowe JW, Kahn RL. The Forum. *The Gerontologist.* 1997;37(4):433–440.
22. Fernández Ballesteros R, Zamarron Casinello D, López Bravo MD, Molina Martínez A, Díez Nicolás J, Montero López P, et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema,* 2010;22(4):641–647.
23. Castillo D. Envejecimiento exitoso. *Rev Med Clini. CONDES.* 2009;20(2):167–174.
24. González C, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud : una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México.* 2007;49(1).
25. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica.* 7ª ed. España: Mc Graw Hill; 2005.
26. Rodríguez Sánchez BA. *Proceso enfermero aplicación actual.* 2º ed. Mexico: Cuellar;

27. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. 5° ed. Barcelona, España: Elsevier; 2003.
28. Gordon M. Enfermería Mosby diagnostico enfermero. 3a ed. Madrid:Harcourt; 1996.
29. Garcia Lopez MV; Rodriguez Ponce C; Toronjo Gómez AM. Enfermería geriátrica. 3ª ed. Barcelona: DAE; 2012.
30. Alvarez Suarez JL, Del Castillo Arevalo F, Fernandez Fidalgo D, Muñoz Melendez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. [Internet]; 2010 [citado 26 Ene 2016]. Disponible en: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
31. Kameyama Fernández L. Valoración geriátrica integral. El Resid. 2010;5 (2):55–65.
32. Domínguez Ardila A, García Manrique JG. Valoración geriátrica integral. Atención Fam [Internet]. 2014 [citado 29 Ene 2017]. 21(1):20–23. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116300062>
33. Díaz Porres A, Torres Manrique B. La Valoración Geriátrica Integral en Enfermería. Comprehensive Geriatric Assessment in Nursing [Internet]. 2015. [citado 30 Ene 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/7469>
34. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clinicos del envejecimiento, Módulo I. Valoracion clinica del adulto mayor. En: Manual de educación gerontologica para el personal de atención primaria de salud: aspectos clinicos de la atención a los adultos mayores. [Internet]. 2012. [citado 30 Ene 2017] Disponible en:ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf
35. Organización Panamericana de la Salud. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. Evaluación Social del Adulto Mayor. En: Manual de educación gerontologica para el personal de atención primaria de salud: aspectos clinicos de la atención a los adultos mayores. [Internet]. 2012. [citado 30 Ene 2017] Disponible en:ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf
36. Eckman M, Araiza Martinez ME. Enfermería geriátrica. Mexico: Manual Moderno; 2012.
37. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc y enfermería. 2005;11(2):17–21.
38. González Martínez JF, Pichardo Fuster A, García L. Geriátrica. Mexico: Mc Graw Hill; 2009.
39. Instituto Nacional de las mujeres.Situación de las personas adultas mayores en México. [Internet]. [citado 14 Ene 2017]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_dowload/101243_1.pdf.
40. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Por una cultura del envejecimiento [Internet]. 2010. [citado 14 Ene 2017].Disponible en:

- http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_d_el_Envejecimiento.pdf
41. Secretaria de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. [Internet] CENECET; 2014 [citado 31 Ene 2017]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx
 42. D'Hyver C.Gutierrez Robledo LM.Geriatria. 3° ed. Mexico: Manual Moderno; 2014.
 43. Serr Urra M, German Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Scielo. [Internet] 2013 [citado 5 Feb 2017];12(1):142–51.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016.
 44. Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Carballo Pérez M, Larrondo Viera J. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cuba Med Gen Integr. 2005;21(1-2)
 45. Arriagada L, Jirón M, Ruiz A. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet]. 2008 [citado 5 Feb 2017];19(1):309–17. Disponible en: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf
 46. Oscanoa T. Interacción medicamentosa en geriatría. An Fac Med [Internet]. 2004 [citado 5 Feb 2017];65(2):119–126. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v65_n2/enpdf/a06.pdf
 47. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y control de enfermedades [Internet].México:IMSS [citado 22 Mar 2017] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_prevenion.pdf
 48. Gutierrez Robledo LM, García García L. Vacunación en el adulto mayor: perspectiva de curso de vida [Internet].México, D.F:Intersistemas; 2015. [citado 22 mar 2017] Disponible en: <http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2016/04/Vacunacion-en-el-Adulto-Mayor-Perspectiva-de-Curso-de-Vida-Book.pdf>
 49. Smeitzer S, Bare B, Hinkle J Cheever K. Brunner y Suddarth enfermería medicoquirurgica. 12a ed. España: Wolteris Kluwer Lippincolt Williams & Wilkins; 2012.
 50. Tortora G, Derrickson B.Principios de anatomía y fisiología.13ª ed.Buenos Aires:Panamericana; 2013.
 51. Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Arango Lopera VE,Pérez Zepeda MU. Geriatría para el médico familiar. Mexico: Manual Moderno; 2012.
 52. Mauk KL.Enfermería geriátrica competencias asistenciales. España: Mc Graw Hill; 2008.
 53. Gutiérrez Robledo LM, Picardi Marassa P, Aguilar Navarro SG, Ávila Funes JA, Menéndez Jiménez J et.al.Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill;2010.

54. Rodríguez García R, Lazcano Botello GA, Medina Chávez H Hernández Martínez M. *Práctica de la Geriatría*. 3a ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2011.
55. Institute Nestlé Nutrition. MNA Mini Nutricional Assessment [Internet]. 2009 [citado 1 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.mna-elderly.com/>
56. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Med Clin Condes*. 2012;23(1):19–29.
57. Olmos Martínez JM, Martínez García J, González Macías J. Envejecimiento músculo-esquelético. *REEMO*. 2007;16 (1):1-7
58. Portal Núñez S, Lozano D, De la Fuente M, Esbrit P. Fisiopatología del envejecimiento óseo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):125–131.
59. Ribera Casado JM. La edad y el envejecimiento del corazón [Internet]. Madrid. Libro de la salud cardiovascular. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCora zon_cap21.pdf
60. Acosta Gomez Y, Rodriguez Acosta G, Rodríguez Fabrega O, Espin Falcón JC, Valdés Mora M. Envejecimiento cardiovascular saludable. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2015;31(2):232–240.
61. Rodríguez E, Bugès J, Morera J. Envejecimiento pulmonar. *Arch Bronconeumol*. 1991;27 (2):71-77
62. Oyarzún M. Función respiratoria en la senectud. *Rev Med Chile*. 2009;137(3):411–418.
63. Trigas Ferrín M. Índice de katz. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) [Internet]. Coruña [citado 1 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/indicedekatz.pdf>
64. Barrero Solís CL, Garcia Arrijoa S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol ...* [Internet]. 2005 [citado 1 Feb 2017];4 (1-2):81-85. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
65. Trigas Ferrín M. Escala de lawton y brody (Philadelphia Geriatric Center). Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) [Internet]. Coruña. [citado 1 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
66. Rodríguez Guevara C, Helena Lugo L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2012 [citado 1 Feb 2017];19(4):218–233. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812312700178>
67. Gómez León Mandujano A. Trastornos Del Sueño En El Adulto Mayor. [diapositiva]. Instituto de Geriatría; 2011. 32 diapositivas. Disponible en: <https://angelrazo.files.wordpress.com/2012/08/ppt-trastronos-de-suec3b1o-en-el-adulto-mayor.pdf>
68. Carro García T, Alfaro Acha A, Boyano Sanchez I. Trastornos del sueño. *Tratado de geriatría para residentes* [Internet]. [citado 1 Feb 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/vicky/Downloads/S35->

- 05%2026_II%20(2).pdf.
69. Beltran Campos V, Padilla Gomez E, Palma L, Aguilar Vazquez A, Diaz Cintra S. Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. Rev Digit Univ. [Internet].2011[citado 21 Feb 2017].;12(3):1–11.Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/art30.pdf>
 70. Rommy von Bernhardt M. Envejecimiento: cambios bioquímicos y funcionales del sistema nervioso central. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2005;43(4):297–304.
 71. Porras Chavarino A. Interacción de neurotransmisores y envejecimiento cerebral [Tesis doctoral]Madrid;Universidad Complutense de Madrid;1996
 72. Correia Delgado R, Barroso Ribal J, Nieto Barco MA. Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo. [Tesis doctoral]. [Internet].Universidad de la Laguna; 2010-2011. Disponible en: <ftp://veda.bbtik.ull.es/ccssyhum/cs475.pdf>
 73. Bernardo Riffo MV, Arancibia B. Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. Revista de lingüística teórica y aplicada. 2010;48(1):75–103.
 74. Stassen Berger K, Thompson R. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 4ª ed. Argentina: Panamericana; 2001.
 75. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica. Mini examen del estado mental [Internet]. Madrid [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto_Apoyo_EPC_2006/INSTRUMENTOS_EVALUACION/DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNESICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS/MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL/MEC_F.pdf
 76. Arronte Rosales A, Beltrán Castillo N, Correa Muñoz E, Martínez Maldonado ML, Mendoza Nuñez VM E al. Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. 2a ed. Zaragoza: Facultad de estudios superiores Zaragoza unidad de investigación en gerontología; 2008.
 77. Vicens Vilanova J. El test del dibujo del reloj, interpretación de casos. Rev Esp Med Leg. 2013;39(2):82–83.
 78. Cacho J, García R. Test del dibujo del reloj o clock drawing text (CTD) [Internet]. 1996. [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/test_del_dibujo_del_reloj.pdf
 79. Custodio N, García A, Montesinos R, Lira D, Benduzú L. Validación de la prueba de dibujo del reloj, versión de manos, como prueba de cribado para detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(1):29–34.

80. Programa de atención a enfermos Crónicos dependientes. Anexo IX Escalas de valoración funcional y cognitiva. [Internet]. 2004. [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>
81. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches C, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2001 [citado 27 Feb 2017] ;117(4):129–134. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301720404>
82. Island health. Confusion assessment method (CAM). Short CAM [Internet]. *A Medical Emergency*; 2006 [citado 27 Feb 2017] Disponible en: <http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/6121360B-B90F-4EF3-88F6-D50CC4825EE7/0/camshortform.pdf>
83. Carrera Castro C, Romero Moreno FJ, González Pérez A. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria , 2013. *Av en Enfermería*. [Internet]. 2015 [citado 27 Feb 2017].;33(2):261–270. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a08.pdf>
84. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de apoyo a la evaluación psicologica clinica. Ficha técnica. Método de evaluación de la confusión (CAM) [Internet]. Madrid [acceso 27 Feb 2017] Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/ProyectoApoyoEPC2006/INSTRUMENTOSEVALUACION/DELIRIUM,DEMENCIA,TRASTORNOSAMNESICOSYOTROS TRASTORNOSCOGNITIVOS/METODO DE EVALUACION DE LA CONFUSION/CAM_F.PDF
85. Lehr U, Thomae H. *Psicología de la senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento*. 2ª ed. España; Herder; 2003.
86. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Rev Lasallista Investig*. [Internet] 2005 [citado 27 Feb 2017];2(2):50–63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf> 87. Augusto C, Ricardi DL, Méndez MG. Escala de rosenberg en población de adultos mayores. 2016;10(2):119–27.
88. Ortiz Arriagada JB, Castro Salas M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2009;15(1):25-31
89. Aguilar Navarro S, Avila Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Méx* [Internet]. 2007 [citado 27 Feb 2017];143(2):141–148. Disponible en:

- <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
90. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. ficha técnica. Escala de depresión geriátrica. [Internet] [citado 6 Mar 2017] Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DEPRESION%20GERIATRICA/GDS_F.PDF
 91. Noriega Borge J, Garcia Hernandez M, Torres Egea P. Capitulo 2. Proceso De Envejecer: cambios fisicos, cambios psiquicos, cambios sociales. Barcelona
 92. Rice P. Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. 2ª ed. México: Prentices Hall; 1997
 93. Breinbauer H, Vasquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chile. [Internet] 2009 [citado 8 Mar 2017]; 137:657–65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009
 94. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 13 Mar 2017]; 28(2):79–86. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.html
 95. Aidyné. Centro de asistencia, docencia e investigación psiconeurocognitiva. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). [Internet]. [citado 19 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>
 96. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Ficha técnica. Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS). [Internet]. [citado 19 Mar 2017]. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20LA%20ANSIEDAD%20DE%20HAMILTON%20\(HAS\)/HAS_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20LA%20ANSIEDAD%20DE%20HAMILTON%20(HAS)/HAS_F.pdf)
 97. Monchietli A. Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿Las estrategias de afrontamiento espiritual- religiosas son positivas o negativas en la vejez? [Internet]. Interpsiquis; 2008 [citado 19 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/68/30/126830471726299938415320811577563549301>

98. San Martín Petersen C. Espiritualidad en la Tercera Edad [tesis de doctorado]. [Internet]. Chile; Universidad de la Frontera, Temuco; 2007. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico08.pdf>

IX. Apéndices y anexos

Anexo 1 Mini valoración nutricional (MNA)

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:	Nombre:			
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje		J. Cuántas comidas completas toma al día?
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?	0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas
B Pérdida reciente de peso (<3 meses)	0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	K Consume el paciente
C Movilidad	0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	• productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	0 = sí 2 = no	• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no
E Problemas neuropsicológicos	0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	• carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²	0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23.	0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
12-14 puntos: estado nutricional normal		0 = no 1 = sí
8-11 puntos: riesgo de malnutrición		M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0-7 puntos: malnutrición		0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación		N Forma de alimentarse
G El paciente vive independiente en su domicilio?	1 = sí 0 = no	0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día?	0 = sí 1 = no	O Se considera el paciente que está bien nutrido?
<input type="checkbox"/>		0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición
I Úlceras o lesiones cutáneas?	0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
		0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Q Circunferencia braquial (CB en cm)
		0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
		0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31
		<input type="checkbox"/>
		Evaluación (máx. 16 puntos)
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cribaje
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Evaluación global (máx. 30 puntos)
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Evaluación del estado nutricional
		De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>
		De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/>
		Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>
		estado nutricional normal riesgo de malnutrición malnutrición

Ref: Velhas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-460.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velhas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M399-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994. Revision 2006. NHT200 1299 1094
Para más información: www.mna-elderly.com

Anexo 2 Índice de Katz

Lavarse		
<p>■ No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo) si está en su forma habitual de bañarse) ()</p>	<p>■ Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (espalda, etc...) ()</p>	<p>▲ Recibe ayuda en más de una parte del cuerpo o ayuda el entrar y salir de la bañera o no se baña ()</p>
Vestirse		
<p>■ Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda ()</p>	<p>■ Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos ()</p>	<p>▲ Recibe ayuda para coger la ropa o vestirse, o permanece parcial o completamente desnudo ()</p>
Ir al retrete		
<p>■ Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana ()</p>	<p>▲ Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse o ajustarse la ropa o para el uso del orinal por la noche ()</p>	<p>▲ No va solo al retrete ()</p>
Movilizarse		
<p>■ Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede ayudarse de objetos como bastón y andador) ()</p>	<p>▲ Entra y sale de la cama se sienta y se levanta con ayuda ()</p>	<p>▲ No se levanta de la cama ()</p>
Continencia		
<p>■ Controla completamente ambos esfínteres ()</p>	<p>▲ Incontinencia ocasional ()</p>	<p>▲ Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente ()</p>
Alimentarse		
<p>■ Sin ayuda ()</p>	<p>■ Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan ()</p>	<p>▲ Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente con sondas o fluidos intravenosos ()</p>
<p>Valoración</p> <p>A. Independiente en todas las funciones</p> <p>B. Independiente en todas salvo una de ellas</p> <p>C. Independiente en todas salvo lavarse y otra más.</p> <p>D. Independiente en todas salvo lavarse, vestirse y otra más.</p> <p>E. Dependiente en todas salvo lavarse, vestirse, ir al retrete y otra más.</p> <p>F. Dependiente en todas salvo lavarse, vestirse, ir al retrete, movilizarse y otra más.</p> <p>G. Dependiente en las seis funciones</p>		<p>Resultado</p> <p>Independiente ■</p> <p>Dependiente ▲</p>

Anexo 3 Índice de Barthel

Comer
0 = incapaz
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama
0 = incapaz, no se mantiene sentado
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15 = independiente
Aseo personal
0 = necesita ayuda con el aseo personal.
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete
0 = dependiente
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/ ducharse
0 = dependiente.
5 = independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse
0 = inmóvil
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras
0 = incapaz
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse
0 = dependiente
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces:
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
5 = accidente excepcional (uno/semana)
10 = continente
Control de orina
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente, durante al menos 7 días.
Puntuación orientada al grado de dependencia: 0-20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-99 dependencia escasa 100 independencia

Anexo 4 Escala de Lawton y Brody

Escala de Lawton y Brody	Mujer	Varón
Capacidad para usar el teléfono		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0

Lavado de la ropa		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

Anexo 5 Escala de Tinetti

Escala de Tinetti parte I: Equilibrio

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

1. Balance sentado	
Se va de lado o resbala	0
Firme y seguro	1
2. Levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
4. Balance inmediato al levantarse	
Inestable vacila, mueve los pies	0
Estable pero usa apoyo físico	2
Estable sin apoyo	3
5. Balance del pie	
Inestable	0
Estable pero con amplia base de sustentación	1
Estable con base menor de 10 cm.	2
6. Empujón (de pie, pies juntos, en esternón 3 empujes)	

Comienza a caer	0
Se tambalea pero se recupera	1
Está firme	2
7. Ojos cerrados misma posición y empuje.	
Inestable	0
Estable	1
8. Giro de 360 grados	
Pasos irregulares	0
Pasos uniformes	1
9. Al sentarse	
Inseguro (se deja caer)	0
Usa los brazos o está seguro	1
Seguro baja con suavidad	2

Escala de Tinetti. Parte II: marcha

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con “pasó rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

1. Inicio de la marcha (decirle <<camina>>)	
Duda o intenta arrancar más de una vez	0
No titubea	1
2. Longitud y elevación del paso	
<i>Balance derecho</i>	
No rebasa al pie derecho	0
Rebasa el pie derecho	1
El pie derecho no deja el piso	0
Deja en piso el pie derecho	1
<i>Balance izquierdo</i>	
No rebasa al pie izquierdo	0
Rebasa el pie izquierdo	1
El pie izquierdo no deja el piso	0
Deja en piso el pie izquierdo	1
3. Simetría en los pasos	
Desigual	0
Uniforme	1
4. Continuidad en los pasos	
Discontinuos	0
Parecen continuos	1
5. Rumbo	

Marcada desviación	0
Desviación moderada o se apoya	1
Derecho sin auxilio	2
6. Tronco	
Marcado balanceo	0
No balancea pero flexiona rodillas o separa los brazos	1
No balanceo, no flexión	2
7. Base de sustentación	
Talones separados	0
Talones se tocan al caminar	1

EQUILIBRIO ___/16 MARCHA ___/12 TOTAL ___/28

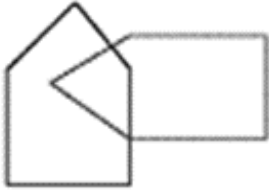
La suma de ambas puntuaciones da el riesgo de caídas. A mayor puntuación menor riesgo:

<19 Riesgo alto de caídas

19-24 Riesgo de caída

Anexo 6 Mini examen del estado mental (MMSE) Folstein

(Años de escolarización: no sabe leer ni escribir)	Puntos
Orientación en el tiempo y espacio.	
"Dígame el día de la semana, fecha, estación del año y año en el que estamos". (En marzo, junio, septiembre y diciembre se dan validas cualquiera de las dos estaciones del mes)	0 - 5
"Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, la provincia y el país en el que estamos"	0 - 5
Fijación	
"Repita estas palabras: caballo, peso, manzana". (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta máx. 5 puntos.)	0 - 3
Concentración y cálculo	
"Si tiene 30 pesos y me las va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando?"	0 - 5
. "Repita 5-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalos al revés empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera".	0 - 3
Memoria.	
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas"	0 - 3
Lenguaje y construcción.	
"¿Qué es esto?(Mostrar un reloj) ¿y esto? (Mostrar un bolígrafo)".	0 - 2
"Repita la siguiente frase: en un trigal había cinco perros".	0 - 1
"Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿qué son?; ¿Y un perro y un gato?"	0 - 2
"Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	0 - 3
"Lea esto y haga lo que dice" "cierre los ojos"	0 - 1
"Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta"	0 - 1
"Copie este dibujo"(0-1 puntos).	

	<p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>Nota tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar gafas si las precisa habitualmente.</p> <p>Total..... (Nivel de conciencia: 1= alerta, 2 = obnubilado)</p>
<p>Datos normativos más habituales 27-30 Normal 21-26 Daño cognitivo medio 11-20 Daño cognitivo severo</p>	

Se tomará en cuenta la escolaridad y edad para determinar con exactitud el tipo de deterioro.

AÑOS DE ESCOLARIDAD	EDAD							
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
0-4 años	23	22	23	22	22	21	20	19
5-8 años	27	26	26	26	26	25	25	23
9-12 años	28	28	28	28	27	27	25	26
13 ó más	29	29	29	29	28	28	27	27

Anexo 7 Test del dibujo del reloj Shulman

Dibuje la hora de las tres en un círculo

GRADOS	
I	Ligera asimetría en los números. Pone los números fuera del círculo. Vuelve la hoja del revés y de los números aparecen cabeza abajo. Dibuja rayas para orientarse.
II	Omite un manecilla Une con una raya las 12 y las 3 Dibuja un círculo alrededor de las 3
III	No señala correctamente las 3. Dibuja un doble círculo sobre el anterior Perseveración: pone 12, 13, 14, etc. Inversión derecha-izquierda. Incapaz de escribir bien los números.
IV	Distribución espacial muy desorganizada. Confunde la hora con días, meses, etc. Pinta una cara en el círculo. Escribe la palabra <<reloj>>
V	Incapaz de dar una respuesta coherente
<p>RESPUESTA NORMAL: GRADO I Y II. DÉFICIT COGNITIVO: GRADOS III, IV, V.</p>	

Anexo 8 Cuestionario de Pfeiffer

Realice las preguntas 1 a 11 y señale con una X las respuestas incorrectas

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Quién es el actual presidente del País?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	

Total de errores

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

Anexo 9 Confusion Assesment Method (CAM)

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SI/NO (si es No, no seguir el test)

2. Alteración de la atención

El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI/NO (si es No, no seguir el test)

3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? SI/NO

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)

SI/NO

Para el diagnostico de deliriun son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

Anexo 10 Escala de depresión Yesavage

		Sí	No
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades)	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total ____			
Interpretación: 0 a 5 no depresión 6 a 9 probable depresión > 10 depresión establecida.			

Anexo 11 Escala de sobrecarga del cuidador Zarit

Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre **nunca (1)**, **casi nunca (2)**, **a veces (3)**, **frecuentemente (4)** o **casi siempre (5)**.

1. ¿Siente usted que su familia/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familia/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	
3. ¿Se siente estresada (o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P.ej., con su familia o en el trabajo)	
4. ¿Se siente avergonzada (o) por el comportamiento de su familiar/paciente?	
5. ¿Se siente irritada (o) cuando está cerca de su familiar/paciente?	
6. ¿Cree que la situación actual afecta su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	
9. ¿Se siente agotada (o) cuanto tiene que estar junto a su familiar/paciente?	
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
13. (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda (o) para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar/paciente?	
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	

18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	
19. ¿Se siente insegura (o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	
22. En general ¿se siente muy sobrecargada (o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	

Este resultado clasifica el cuidado en:

Ausencia de sobrecarga (<46)

Sobrecarga ligera (47-55)

Sobrecarga intensa (>56).

Anexo 12 Escala de ansiedad Hamilton

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa, irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de	0	1	2	3	4

estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Los puntos de corte son:

0-5: no ansiedad

6-14: ansiedad leve

>15 ansiedad moderada/ grave

Anexo 13 Patrones funcionales y Valoración Básica Geriátrica

Patrones funcionales	Valoración Básica Geriátrica
1. Percepción manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario FRAIL
2. Nutricional metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Mini valoración nutricional (MNA)
3. Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de incontinencias
4. Actividad ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Katz • Índice de Barthel • Escala de Lawton y Brody • Escala de Tinetti (Marcha y equilibrio)
5. Sueño descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de trastornos del sueño
6. Cognitivo perceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Mini examen del estado mental (MMSE) Folstein • Test del dibujo del reloj Shulman • Cuestionario de Pfeiffer • Confusion Assesment Method (CAM)
7. Autopercepción autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de depresión Yesavage
8. Rol relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de sobrecarga del cuidador Zarit
9. Sexualidad reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de la sexualidad
10. Afrontamiento tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de ansiedad Hamilton
11. Valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Directrices avanzadas

Anexo 14 Formato de valoración



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
 CON ÉNFASIS EN CUIDADO GERONTOGERIATRICO



VALORACIÓN GERONTOLÓGICA

Fecha aplicación: _____

Datos Generales

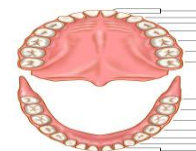
Nombre:	Edad:	Sexo: F () M ()
Estado civil:	Escolaridad:	Teléfono:
Domicilio:	Colonia:	
Diagnóstico médico:	Derechohabencia:	
Gpo Sanguíneo	Ocupación:	Transfusiones Si () No ()

Patrón percepción manejo de la salud

Percepción de salud: Buena () Regular () Mala ()	Higiene personal Baño: _____ Cambio de ropa: _____
Antecedentes herodofamiliares Madre () Padre () Cardiovasculares () Diabetes Mellitus () Colvusiones () Neoplásicos () Psiquiátricos () Otros () Especifique: _____	Antecedentes personales patológicos Diabetes Mellitus () HTA () EPOC () Otros () Especifique: _____
Tratamiento Farmacológico: Dosis/ Frecuencia 1. 2. 3.	Polifarmacia ()
Alergias: Negadas () Medicamento () Alimentos () Otros () Especifique: _____	Cirugías recientes Si () No () Especifique: _____ Fecha ultima hospitalización: _____ Accidentes Si () No ()
Toxicomanías: Frecuencia Alcohol () Tabaco () Otros:	Esquema de vacunación: Completo () Incompleto () Ultima vacuna: _____

Nutricional metabólico

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T°: _____
 Glucosa: _____ Cintura: _____ Ganancia o pérdida de peso: _____
 N° de comidas al día: _____ Alimentos que consume frecuentemente _____
 Nauseas () Vomito () Pirosis () Distensión () Eructos () Dispepsia () Anorexia ()
 Polifagia () Polidipsia ()
 Cavidad bucal: Edentulia parcial () Edentulia total () Uso de prótesis () Ultimo
 ajuste de prótesis: _____ Xerostomía () Halitosis ()
 Coloración de la mucosa: _____ Encías: _____
 Amígdalas: Hiperemicas () Hipertróficas () Eutróficas ()
 Conjuntivas: Rosada () Pálidas () Esclerótica: Blanca () Amarilla ()



Uñas: Color:_____ Textura:_____ Forma:_____ Alteraciones: _____
Características de la piel: Textura:_____ Color:_____
Turgencia:_____ Hidratación:_____ Otros:_____
Edema: _____ - _____ Localización _____
Abdomen: Blando () Depresible () Globoso () Masas () Cicatrices ()
Mov.Peristálticos:_____ Insf. Venosa Si () No ()
Especifique:_____

Eliminación

Diaforesis () Hiperhidrosis ()
Urinaria: F. urinaria:_____ Disuria () Poliuria () Nicturia () Tenesmo ()
Características:_____
Intestinal: Patrón de defecación diaria:_____ Diarrea () Estreñimiento () Uso de laxantes
Si () No () Especifique:_____

Actividad ejercicio

FC:_____ FR:_____ TA:_____ SpO₂:_____ Llenado capilar:_____
Fuerza para realizar las actividades de la vida diaria Si () No ()
Tipo de ejercicio que realiza:_____
Frecuencia:_____ Caídas en 6 meses: Si () No () ¿Cuántas?_____
Uso de algún aditamento Si () No () ¿Cuál?:_____ Fracturas: Si () No ()
) Especifique:_____ Cifosis () Escoliosis () Lordosis ()
Daniels:_____ Hemiparesia:_____ Hemiplejia:_____
Disnea:_____ Ortopnea () Cianosis () Enfermedades respiratorias:_____
Ruidos adventicios Si () No () Especifique:_____ Tórax: Normal () Tonel () En
quilla () En embudo () Focos cardiacos: FA_____ FP_____ FT_____ FM_____
Campos pulmonares: Ventilados () Hipoventilados () Ruidos cardiacos: Normal Si () No ()
Especifique:_____
Pulsos: Regular () Irregular () Fuerte () Débil () Katz:_____ LB:_____ / _____ 8
Barthel:_____ Tinneti:_____ / _____ 28

Sueño reposo

Horas de sueño diario:_____ Amanece descansado Si () No ()
Alteraciones del sueño: Insomnio () Hipersomnia () Narcolepsia () Terrores nocturnos ()
Siestas durante el día: Si () No () ¿Cuánto tiempo?_____ Uso de medicamentos
para dormir: Si () No () Especifique:_____ N° almohadas:_____

Cognitivo perceptual

Orientación: Persona () Tiempo () Espacio () Lenguaje: Congruente () Fluido ()
Disartria () Dislalia ()
Anosmia () Agnosia () Disgeusia () Apraxia () Afasia () Uso de lentes Si () No () Tiempo
de utilizarlos:_____ Visión periférica:_____
Uso de aparato auditivo Si () No () Hipoacusia () Presbiacusia () Oído afectado: Derecho ()
Izquierdo () Ambos () Tics Si () No () Dolor Si () No () Eva:_____
Localización:_____
Problemas de la memoria Si () No () Corto plazo () Largo plazo ()
Folstein:_____ Shulman: _____
Pfeiffer:_____ CAM:_____

Autopercepción autoconcepto

Como se ve a sí mismo:_____
¿Está a gusto consigo mismo? Si () No () Postura libremente elegida Si () No () Presencia de
ansiedad Si () No () Irritabilidad Si () No () Temores Si () No ()
Especifique:_____ GDS:_____

Rol relaciones

Nº hijos: _____ Vive solo Si () No () ¿Con quién vive? _____
Grupo social al que pertenece: _____ ¿Cómo es su relación con su familia, amigos y compañeros?: Buena () Regular () Mala ()
¿Quién es su principal cuidador?: _____ Edad del cuidador: _____
Recibe pensión Si () No () ¿Cuánto?: _____ Zaritt: _____

Sexualidad reproducción

Menopausia: _____ Mastografía: _____ Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____
Óbitos: _____ Cesárea: _____ Inicio de vida sexual: _____ Fecha y resultado de último Papanicolaou _____
Última revisión médica (hombres): _____ Andropausia: _____
¿Se han presentado cambios o problemas en sus relaciones sexuales? Si () No () Disfunción eréctil Si () No () Uso de medicamento: _____ ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Si () No ()

Tolerancia adaptación al estrés

Cambios importantes en su vida: Muerte de su pareja, familiar, amigo () Abandono de su pareja o familia () Falta de actividad productiva () Pérdida del trabajo () Enfermedad ()
¿Cómo afronta los problemas?: _____
¿A quién cuenta sus asuntos personales con confianza?: _____
Hamilton: _____

Valores y creencias

Religión: _____ Es importante la religión en su vida Si () No ()
¿Qué es importante para usted en la vida?: _____ - _____
¿Qué opina de la muerte?: _____
Direcciones avanzadas: _____

Anotaciones extras:

Nombre y firma del aplicador