

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE BIENESTAR QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES
RESIDENTES DE CASAS HOGAR DE HERMOSILLO, SONORA.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TODO LO ILUMINAN

**QUE PARA SUSTENTAR EL EXÁMEN PROFESIONAL DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTAN:
DOLORES MARGARITA PINEDO SOTO
ANA MARÍA SÁNCHEZ LEÓN**

1942

**DIRECTORA DE TESIS
M.ED. MARÍA REYES ESCOBAR SIQUEIROS**

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Índice

Capítulo I. Introducción	3
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivo	11
1.3. Variables de estudio	11
1.4 Definición Operacional	12
1.5 Importancia del estudio	13
Capítulo II. Revisión de la Literatura	14
2.1 Adulto Mayor	14
2.2 Envejecimiento	16
2.3 Teorías del envejecimiento	18
2.4 Cambios biológicos – físicos	22
2.4.1 Sistema Hematopoyético	22
2.4.2 Sistema Respiratorio	23
2.4.3 Sistema cardiovascular	23
2.4.4 Sistema genitourinario	25
2.4.5 Aparato reproductivo femenino	25
2.4.6 Aparato reproductivo masculino	26
2.4.7 Aparato gastrointestinal	27
2.4.8 Sistema músculo esquelético	28
2.4.9 Sistema nervioso	29
2.4.10 Tejido conjuntivo	29
2.5 Cambios psicológicos	30
2.6 Cambios sociales	33
2.7 Instituciones de apoyo al Adulto Mayor	36
2.8 Centros de atención y cuidado al Adulto Mayor	37
2.9 Nivel de Bienestar en el Adulto Mayor	40
2.10 El Adulto Mayor en la actualidad	41
Capítulo III. Metodología	43
3.1 Diseño del estudio de investigación	43
3.2 Muestra	44
3.3 Criterios de inclusión	44
3.4 Criterios de exclusión	44
3.5 Criterios de eliminación	44
Capítulo IV. Resultados	45
4.1 Análisis y Discusión	50
4.2 Conclusiones	54
4.3 Recomendaciones	56

Anexos

Guía de valoración de Enfermería basada en Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Test de Termine, Dirección de Riesgo Nutricional

Índice de Katz, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

■ Escala de Lawton y Brody

Índice de Barthel, Valoración de la Discapacidad Física

Escala de Tinetti: Equilibrio y Marcha

Apéndices

Gráficos

Valoración de la Cavidad Oral

Resumen

Se define como Adulto Mayor (AM) a todo aquel individuo de 60 años o más, que reside en alguno de los países en vías de desarrollo; actualmente hay 654 millones de Adultos Mayores en el mundo, que representan 10.2 por ciento de la población mundial. En México el porcentaje de la población de 60 años o más, aumentó a 107 millones (INEGI, 2010). El mejor indicador del crecimiento poblacional acelerado de los Adultos Mayores, es el aumento de la esperanza de vida en México, con un promedio de 75.4 años (CONAPO, 2010). Para responder al impacto del envejecimiento en la población se deben promover políticas que permitan prever y reaccionar de manera oportuna, ante las necesidades de los Adultos Mayores mejorando su nivel de Bienestar, así mismo dentro de éste grupo poblacional se encuentran los residentes de Casas Hogar, albergues o centros de cuidado. Con el objetivo de Identificar y analizar el Nivel de Bienestar que Presentan los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar de Hermosillo, Sonora; se realizó el estudio de alcance descriptivo, explicativo observacional y longitudinal, con una muestra aleatoria estratificada de Adultos Mayores residentes de las Casas Hogar "Mesón Don Bosco", "Juan Pablo II" y "Madre Amable", con un total de 35 AM. Se aplicaron 9 instrumentos de valoración Gerontogeriatrica validados. Los resultados obtenidos se concentraron en una base de datos de estadística SPSS 15.0, agrupándose en tablas de frecuencia y contingencia para su análisis. Los resultados obtenidos con la aplicación de las diferentes guías revelan que más del 80% de la muestra de AM presentan disfuncional el patrón nutricional metabólico y el patrón actividad ejercicio con un 80%, según la guía de valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon; también se identifica la ausencia de actividades instrumentales y en la valoración mental de Pfeiffer el 71% presenta alteración intelectual de moderada a severa.

Las enfermedades crónico-degenerativas que se encontraron con mayor prevalencia fueron Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, con un 26 y 17% respectivamente. Por lo que se puede percibir que los AM residentes de Casas Hogar no tienen un nivel de Bienestar adecuado, el cuidado que se les brinda en las instituciones solo incluye alimentación y albergue, no se cuenta con servicios de salud, el personal que los atiende carece de formación en Gerontogeriatría y las instalaciones en las que residen no cumplen con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM -167- SSA1-1997 Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y Adultos Mayores.

Palabras claves: Adulto Mayor, Bienestar, Casa Hogar, Norma Oficial Mexicana (NOM).

Capítulo I. Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico asociado a una fase natural común a todos los seres vivos. Envejecer se podría definir como: "Todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos" (Binet, 1982), aunque existen teorías tanto históricas, orgánicas, genéticas, psicológicas y sociales ninguna explica en su totalidad éste proceso continuo de envejecimiento.

Hoy en día las necesidades de los Adultos Mayores han cambiado con relación a la sociedad, demandan a la misma, mayores oportunidades para el alcance de un máximo Bienestar en todos los ámbitos. La Gerontología es la disciplina que aborda desde una óptica científica el estudio del proceso del envejecimiento, en el ámbito poblacional pero mayormente el individual. La Geriatría es la rama de la medicina, que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, sociales y organizativos en cuanto a la salud y a la enfermedad de los ancianos, en conjunto ambas disciplinas proporcionan una visión total del Adulto Mayor (Perlado, 1994).

Éste proceso considerado normal y complejo, requiere en su estudio un enfoque multidisciplinario que permita abordar y comprender mejor los cambios y necesidades que se producen en éste grupo de edad.

La Geriatría es la especialidad dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas Adultas Mayores (artículo 3, inciso VI de la Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores). Es la rama de la medicina basada en el conocimiento profundo de los cambios normales del envejecimiento,

de las diferencias de presentación de la enfermedad en personas mayores y de los aspectos psicosociales que influyen en su estado de salud.

La Geriatría se centra en la recuperación de la funcionalidad y la reintegración de las personas mayores en la comunidad cuando su estado de salud ha sido afectado, además de ocuparse de la prevención y tratamiento de las enfermedades.

- Debido al crecimiento poblacional de éste grupo etario es de suma importancia la actualización y estudio de los profesionales de la salud, y cuidadores principales de Adultos Mayores, con el fin de brindar un cuidado de calidad que englobe las necesidades individualizadas. Al realizarse estas actividades se eleva el nivel de **Bienestar** de los Adultos Mayores promoviendo mayor funcionalidad de los mismos en nuestra sociedad.

1.1 Planteamiento del problema

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el Bienestar, que conlleva a la salud de todos los ciudadanos, sin hacer excepción de sexo o edad. El concepto Bienestar se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptimo. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones (Donatell et al., 1999).

Entonces, el Bienestar deseado, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación e integración de las dimensiones física, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad.

Así pues, el aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el Bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global (Ríos, 2000).

Los Adultos Mayores son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda persona de 60 años o más; en cambio, en los países industrializados esta definición corresponde a las personas de 65 años y más. Las definiciones del Adulto Mayor en muchos de los casos o en su mayoría únicamente se enfocan a describir los cambios fisiológicos y biológicos que experimenta éste grupo poblacional.

Actualmente hay 654 millones de Adultos Mayores en el planeta, que representan 10.2 por ciento de la población mundial, se espera que en el 2030

sean 1348 millones (16.6%). Europa es la región más envejecida con 20.6 por ciento de su población con 60 años o más de edad, seguida de Norteamérica y Oceanía, con 16.6 y 13.7 por ciento, respectivamente (CONAPO, 2004).

En el año 2000 había en México 20.5 Adultos Mayores por cada cien personas de cero a catorce años; cuatro años más tarde esta proporción ha aumentado a 24.4. Se prevé que estas cifras aumenten a 55.1 y 85.7 en 2020 y 2030, respectivamente. Se estima que a partir del año 2034 la proporción se invertirá, de manera que en la sociedad habrá más Adultos Mayores que menores de quince años (CONAPO, 2004).

El mejor indicador del crecimiento poblacional acelerado de los Adultos Mayores es el aumento de la esperanza de vida, en México aumentó 14.8 años entre 1970 y 2010 ubicándose actualmente en un promedio de 75.4 años, es decir, 77.8 para las mujeres y 73.1 para los hombres (CONAPO, 2010).

En el Estado de Sonora según el censo realizado por el INEGI en el 2005, se cuenta con el 2.9% de Adultos Mayores de sexo masculino dentro del rango de edad de 60 – 74 años y de 75 y más con un 0.9%, en relación con las mujeres de 60 – 74 años que corresponde al 3.1% y de 75 y más al 1.1 %, comparado con los porcentajes de la población total.

A pesar del crecimiento acelerado de la población de Adultos Mayores en nuestro país, la población que corresponde a otros grupos etarios no se encuentra concientizada del proceso normal y continuo del envejecimiento. Ejemplo de lo anteriormente expuesto son los casos tan repetidos de maltrato físico y emocional provocados en la población de la tercera edad, la negligencia en su cuidado que

se refleja en los múltiples accidentes de caídas en el hogar o fuera de éste, la falta de seguridad social, mitos sobre el envejecimiento, despojo de bienes por sus familias, abandono, etc.

Todo esto ha contribuido a la creación de los múltiples programas de ayuda al Adulto Mayor, carentes de difusión, como son el programa de atención al Adulto Mayor por parte del Consejo de Desarrollo Social, impulsado por el Estado de Nuevo León, en donde se realiza una evaluación a los beneficiarios Adultos Mayores sobre la política social impulsada en dicho Estado; la guía llamada "Cuidando la Salud del Adulto Mayor" diseñada por el Consejo Directivo Fundación del Empresario Chihuahuense A.C en la que se describen los cambios experimentados en el Adulto Mayor con el objetivo de integrarlo a su familia.

Aunado a lo anterior existen innumerables documentos o guías con una finalidad similar, sin embargo, la difusión de los mismos está en proceso de realizarse, ya que los programas federales tienen otras prioridades en su difusión.

En el año de 1997 se creó en el Estado de Sonora la Ley 80, con el objeto de proteger y reconocer los derechos de las personas de sesenta años y más sin distinción alguna, para proporcionarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural, sin embargo dicha ley no se ha puesto en marcha por muchas razones, una de ellas era la ausencia del Consejo Ciudadano de Adultos Mayores, recientemente elegido, sin embargo dicho Consejo aún se encuentra a la espera de la ratificación por el Ejecutivo Estatal, requisito indispensable para poder entrar de lleno a regular todas y cada una de las acciones y programas que se establecen para mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores.

A partir de dicha disposición en el Estado se han reconocido diversas organizaciones y proyectos emprendidos por Adultos Mayores como lo es: Abuelos Trabajando I.A.P., la cual es una institución dedicada a difundir el proceso de envejecimiento activo en los términos de la OMS, cada vez son más los Adultos Mayores que se integran a dicha institución, para obtener un empleo o realizar otras actividades encaminadas a la formación educativa.

Se pueden enumerar varias dependencias, organizaciones o instituciones con interés en el Adulto Mayor en relación a su cuidado, sin embargo, son escasas o nulas las instituciones que cuentan con personal profesional capaz de estar al cuidado y/o atender a sus necesidades de forma integral, tal es el caso de las Casas Hogares, asilos o instituciones de salud que no cuentan con personal con conocimientos en Gerontogeriatría, o es poco el personal con alguna especialidad dentro del ámbito (Krassoievitch, 2001).

Las investigaciones realizadas al Adulto Mayor se centran en los siguientes temas: Nutrición y Envejecimiento, en donde se hace un análisis de los cambios biológicos experimentados y cómo a partir de estos se diseñan las cantidades exactas de alimentos según las necesidades nutricionales del Adulto Mayor (Podrabsky, 2001).

Estudios encaminados a demostrar las ventajas de la actividad física antes y durante el envejecimiento, los beneficios cardiovasculares, respiratorios, metabólicos y motrices que produce la actividad física constante, lo anterior es descrito en la publicación con el nombre "Incidencia de la actividad física del Adulto Mayor" (Moreno, 2005).

“Espiritualidad, religiosidad y vejez en México” hace una relación con el grado de depresión o soledad manifestado en los Adultos Mayores, el autor afirma que la religión es un aspecto de suma importancia y el acto de rezar, orar, acudir a los templos, entre otras actividades forma parte importante de la vida de los seres humanos (Rivera, 2005).

En otro estudio titulado “El desarrollo emocional del Adulto Mayor”, se afirma que constituye la clave fundamental en la solución exitosa a los principales problemas que se desencadenan en esta etapa del desarrollo, debido a la indiscutible importancia que posee el conocimiento y manejo de las emociones propias y las de los demás, en virtud de la satisfacción personal y el éxito en la vida, Una vejez emocionalmente inteligente: Retos y Desafíos (Urrutia, 2010).

El tema tabú dentro de la sociedad es cómo perciben su sexualidad los Adultos Mayores y como la viven al formar parte de éste grupo etario, los cambios que experimentan los genitales externos e internos así como todos los mitos y creencias desde la percepción de la sociedad, “La sexualidad en la tercera edad y su relación con el Bienestar subjetivo” (Cayo et al., 2003).

Al revisar las referencias bibliográficas anteriores se puede observar cómo se estudia al Adulto Mayor de una manera desglosada, en donde cada profesional ya sea de la medicina, nutrición, psicología etc., lo estudian desde su perspectiva de formación, dejando atrás la concepción integral, a diferencia de estas disciplinas, Enfermería concibe al Adulto Mayor como un constructo integrado en las tres esferas biológica, psicológica y social del cual no puede ser apartado (Engels, 1976).

Por lo tanto, fue de gran importancia la realización del presente estudio de investigación que integró los diferentes ámbitos del ser humano (biológico, psicológico, emocional, espiritual y cultural); con la finalidad de conocer, identificar, jerarquizar, comprender y analizar las necesidades de los Adultos Mayores. La pregunta que se formuló para el presente estudio y que se buscó responder es: ¿Cuál es el Nivel de Bienestar que Presentan los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar de Hermosillo, Sonora?.

1.2 Objetivo

Identificar y analizar el Nivel de Bienestar que Presentan los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar de Hermosillo, Sonora.

1.3 Variables de estudio

Las variables de la presente investigación son: Bienestar, Adulto Mayor y Casa Hogar; y su definición conceptual es primeramente:

Bienestar:

Son las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayudan a llegar a un estado de salud óptimo (Donatell et al., 1999).

Adulto Mayor:

Toda persona de 60 años o más; y en los países industrializados esta definición corresponde a las personas de 65 años y más (OMS, 1940).

Casa Hogar:

Espacio donde se reciben a Adultos Mayores desprotegidos para su asistencia y cuidado por personal voluntario y ocasionalmente estos centros pueden contar con un profesional técnico (Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores).

1.4 Definición Operacional

Bienestar:

Es el proceso activo que involucra las tres esferas del ser humano, y conduce a mejorar estilos de vida en todas sus dimensiones.

Adulto Mayor:

Todo individuo de 60 años o más, que presenta cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos relacionados con el proceso de envejecimiento.

Casa Hogar:

Se reconoce como Casa Hogar para Adultos Mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a Adultos Mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

1.4 Importancia del estudio

Con el presente estudio se pretende identificar y analizar el Nivel de Bienestar que Presentan los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar de Hermosillo, Sonora; y se justifica dado que se requiere contar con información actualizada acerca de los servicios que se ofrecen a los Adultos Mayores residentes de las Casas Hogar. De tal manera que al término del estudio de investigación será posible presentar alternativas de solución de acuerdo a las necesidades que presenten los Adultos Mayores.

La presente investigación es viable ya que se cuenta con los recursos humanos y financieros para llevarla a buen término.

Capítulo II. Revisión de la literatura

2.1 Adulto Mayor

Existen diversas definiciones acerca de la terminología Adulto Mayor, en donde se modifica según el enfoque de la perspectiva, la OMS define al Adulto Mayor como aquel individuo de 60 años o más y en los países desarrollados a partir de los 65 años y más. La ley define a las personas Adultas Mayores, cuando se refiere a hombres y mujeres que cuenten con 60 años o más, en general la mayoría de las definiciones hacen referencia a la edad de 60 años, la cual no es más que el cese de las actividades laborales, reflejadas en la jubilación (OMS, 1994).

En el desarrollo de la vida adulta, según Potter, se identifican tres etapas de importancia a partir de los 60 a 65 años denominándola Transición a la ancianidad, en donde se caracteriza por el decaimiento físico y la aceptación del mismo. Afirma que marca la culminación de las luchas habidas en la edad madura. La pérdida gradual del reconocimiento, así como el poder y la autoridad, la cual puede resultar traumática. En éste punto se tienen diversas opciones en cuanto al retiro: retiro anticipado, retiro gradual, jubilación, jubilación tardía y la opción final de no retirarse.

El segundo periodo es la Ancianidad, de los 65 a los 80 años, periodo en el cual según la autora es una etapa de decadencia al igual que las oportunidades para el desarrollo. En la ancianidad las enfermedades crónicas se vuelven más comunes. Además entra en escena el envejecimiento sociogénico, una complicación adicional de éste son las enfermedades hipocinéticas. En la lucha

por lograr la integridad personal, el individuo desarrolla su propio punto de vista acerca de la muerte.

La tercera etapa y última es la Ancianidad avanzada, comprendida a partir de los 80 años o más. La ancianidad avanzada es el último periodo de la vida. Las personas que sobreviven éste límite de edad por lo general sufren diversos males y al menos una enfermedad crónica. La ancianidad avanzada se centra en estrategias para aprender a morir. Lo más importante es que los ancianos pueden ser modelos de sabiduría, esperanza, integridad y nobleza personal (Potter, 2002).

Realizar el análisis de estas tres etapas a partir de los 60 años permite una mayor clasificación y reconocimiento de las necesidades presentadas durante cada etapa; la OMS hace una clasificación similar al denominar de 60 a 74 años de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Ser Adulto Mayor no solo implica llegar a determinada edad para formar parte de éste grupo, sino contar con diferentes opciones y oportunidades dentro de la sociedad para lograr su desarrollo a la par de sus posibilidades.

Dentro de la sociedad existe aún el tabú en relación al tema de llegar a ser Adulto Mayor, siempre es relacionado con la decadencia de las habilidades motrices, sin embargo esto se sigue arraigando por la falta de conocimiento presente en la sociedad acerca del tema del envejecimiento.

2.2 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso evolutivo personal e intransferible, condicionado por variantes extrínsecas de sexo, higiene, raza, hábitos tóxicos, entre otros (Fernández, 2005).

Según la OMS, es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.

El envejecimiento para la Organización Panamericana de la Salud (OPS): es el proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio.

Así, el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en el medio ambiente socioeconómico y cultural más amplio.

Sin duda el individuo durante el envejecimiento experimenta los cambios biológicos - fisiológicos que marcan la funcionalidad de su cuerpo dependiendo de su estilo de vida, sin embargo se encuentran los cambios sociales, culturales, políticos que de igual manera afectan su estilo de vida y el individuo que enfrenta el proceso de envejecimiento es el único que puede decidir si denominarlos factores positivos o negativos, según su idiosincrasia.

Antes de mencionar las teorías del envejecimiento, es importante distinguir entre envejecimiento fisiológico y las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de enfermedades.

Existen varias entidades patológicas que son mucho más frecuentes en el Adulto Mayor, y que antes se pensaba que eran propias del envejecimiento, pero en la actualidad se sabe que son enfermedades ajenas al mismo.

Afortunadamente, muchas de estas patologías pueden prevenirse o manejarse de modo que no determinen tan tempranamente una discapacidad. Sólo los cambios que están presentes en todos los individuos que envejecen, y que aumentan en magnitud con la edad, representan el proceso de envejecimiento como tal.

Hasta nuestros días algunos autores buscan una teoría que explique ampliamente y formule hipótesis acerca del proceso de envejecimiento, con el objetivo de detenerlo en relación a los cambios físicos - biológicos que limitan la funcionalidad del individuo, ya que hoy en día no ha cambiado la concepción negativa acerca del proceso de envejecer (Vera, 2006).

2.3 Teorías del envejecimiento

Se han llegado a postular casi 200 teorías del envejecimiento que abarcan desde complejos procesos moleculares hasta explicaciones metafísicas. A pesar de la existencia de estas teorías los mecanismos precisos que expliquen de forma integral el proceso de envejecimiento aún son un misterio.

El proceso es complejo e involucra distintos tipos de células, interacciones celulares y factores internos y externos al organismo.

Las teorías con mayor repercusión son las estocásticas y no estocásticas, las primeras hacen referencia al envejecimiento como las consecuencias que ocurren de forma aleatoria y se acumulan conforme el paso del tiempo.

Las no estocásticas enuncian que el envejecimiento se encuentra predeterminado.

Dentro de las teorías estocásticas o ambientales se encuentran las siguientes: Teoría del desgaste o estrés. Mantiene que el esfuerzo continuo y repetido a lo largo de la vida gasta las células y los tejidos, el carácter positivo o negativo de una determinada actividad dependerá de la forma que es percibida más que de su propia naturaleza.

Teoría de los desechos. Según esta teoría, el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de los subproductos inútiles emanados de nuestras propias funciones corporales.

Teoría genético – ambiental. Enuncia que los cambios imprevisibles en la estructura del ADN están relacionados con alteraciones extrínsecas o de entorno y no con una mutagénesis intrínseca

Teoría de la mutación somática. Agentes externos son los responsables de las alteraciones del código genético que repercute en la función celular y evidentemente en la longevidad.

Teoría del error catastrófico. Se basa en un fallo en la biosíntesis proteica como consecuencia de errores en la transmisión de la información procedente del ADN, que podría llevar a la incompatibilidad celular, promoviendo el envejecimiento.

Teoría de las uniones cruzadas. La unión intermolecular aumenta con la edad. Para que estas uniones se produzcan es necesaria la presencia de un agente unificador.

Teoría del soma desechable. La hipótesis del soma desechable que se hace una inversión de futuro para asegurar la reproducción; el resto de las células somáticas mantienen cierta capacidad de supervivencia hasta que los agentes dañinos externos, con el paso del tiempo vencen su capacidad de recuperación.

Teoría de los radicales libres de oxígeno. El daño que producen los radicales libres es acumulativo, aumentando sus efectos ante la ausencia de agentes que lo contrarresten. Si no son reparados comprometen la integridad de la célula y aparecen enfermedades.

Teoría de la restricción calórica. La tasa metabólica basal indica el grado de producción de sustancias oxidantes.

Por otro lado se encuentran las teorías no estocásticas, genéticas o también conocidas como deterministas en las cuales destacan las siguientes teorías.

Teoría inmunológica o del debilitamiento inmunológico. Con el tiempo el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en su lucha contra las enfermedades y es posible que el sistema de defensa no sepa distinguir entre las partes sanas del organismo y las invasoras, y que se enfrenten a las sanas como si fueran las otras.

Teoría genética. Esta teoría se basa en el hecho bien demostrado que los animales procedentes de ciertos troncos genéticos viven más que otros.

Teoría de la evolución o evolucionista. La hipótesis de esta teoría es la evolución. Para esta teoría el envejecimiento podría estar programado en los genes para fomentar la desaparición de los individuos viejos, de forma que quedaran mayores recursos para los jóvenes. Además de la presencia de ciertos genes conocidos como los gerontogenes, los cuales son incapaces de mantener indefinidamente el equilibrio necesario para una vida sana.

Teoría de la mutagénesis intrínseca. Se basa en la fidelidad del material genético de la especie, que aparece en las diversas etapas de la vida y puede perder eficacia dando lugar a mutaciones negativas. Otra variable es que la

metilación disminuye con la edad, y para evitar la manifestación de genes malignos, puede ser un requisito la óptima metilación del ADN.

Teoría del envejecimiento celular. Esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. Las investigaciones han demostrado que la reproducción celular no es infinita. Además no solo los programas de funcionamiento del ADN son la única causa de muerte celular; se incluye la acumulación de desechos en las células y la tasa de oxidación celular.

Teoría del límite de Hayflick. Las células tienen una capacidad mitótica máxima. En su experimento demostró que las duplicaciones son inversamente proporcionales a la edad.

Teoría neuroendocrina o de las modificaciones del sistema endocrino. Implica los daños neuronales y sus consecuencias endocrinas como responsables del envejecimiento. Según, esta teoría el envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo.

Cabe señalar que ninguna de las teorías explica el proceso de envejecimiento desde una perspectiva global, debido a que no hay una interacción biológica – entorno, es decir, las teorías estocásticas o ambientales consideran solo el entorno del ser y como es afectado por éste, en cambio en las no estocásticas o genéticas se consideran las funciones biológicas y procesos químicos internos del individuo, por lo tanto se necesita la fusión de las mismas para entender el proceso del envejecimiento.

2.4 Cambios Biológicos – Físicos

Éste enfoque es una perspectiva moderna que se ha comenzado a trabajar buscando el estudio integral del envejecimiento, para lograr que sea saludable. Éste aspecto trata el proceso de envejecimiento y el declive normal a nivel estructural y funcional del organismo, es decir, analiza todos los cambios físicos normales y patológicos que se pueden dar durante esta última etapa del ciclo vital.

Esta corriente considera al proceso de envejecimiento normal como una condición física carente de enfermedad aguda y propone que el envejecimiento saludable en lo orgánico, presenta componentes genéticos, medioambientales y psicosociales.

Los principales cambios presentados en los aparatos y sistemas del organismo son:

2.4.1 Sistema hematopoyético

Con el paso de los años se observa una mayor cantidad de grasa en la médula ósea, sin embargo la producción de eritrocitos, leucocitos y plaquetas no se ve afectada, así como se conserva su vida media. En el aspecto funcional solo se ve alterada la función de los macrófagos.

Los parámetros de la biometría hemática no se alteran con el envejecimiento; por lo que de existir afectación deben considerarse como patológicas, y habrá que determinar la causa de las mismas.

2.4.2 Sistema respiratorio

Las vías aéreas superiores, tráquea y bronquios principales, tienden a incrementar su diámetro, los cartílagos se calcifican y aumentan las glándulas mucosas. Hay alargamiento de los ductos alveolares, lo que disminuye la superficie pulmonar.

La disminución de elasticidad pulmonar, asociada a los cambios en colágeno y elastina, contribuyen al incremento del volumen residual y a la reducción de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones de las costillas, con los cambios degenerativos de la columna, incrementa el trabajo de los músculos respiratorios produciendo un aumento anteroposterior del tórax.

La capacidad vital disminuye 22 a 26 ml. por año en promedio. El volumen residual aumenta 20%. La PO_2 arterial disminuye. Los estudios sugieren que los cambios con la edad en el control ventilatorio son debidos tanto a los quimiorreceptores centrales y a los periféricos, con la consecuente pérdida en la respuesta a la hipoxia e hipercapnia. El máximo consumo de oxígeno disminuye con la edad, factor que se modifica con el ejercicio, aun con el paso de los años.

2.4.3 Sistema cardiovascular

En los grandes vasos observamos rigidez, con aumento de peso y espesor por el depósito de grasa y calcio, comúnmente denominado arteriosclerosis; en los vasos más pequeños se ve rigidez, dilatación y tortuosidad; lo que corresponde a la pérdida de fibras elásticas y musculares.

La rigidez y la disminución de la elasticidad, hacen que la aorta se comporte como un tubo rígido, incrementando la onda de flujo y por tanto la presión sistólica. Para que la presión diastólica no se afecte es necesario que se incremente la frecuencia cardíaca, cuando esto no sucede, la presión diferencial es mayor. Cuando el corazón se acelera y aumenta la fuerza de expulsión, de tal manera que el gasto cardíaco se mantenga, puede aparecer hipertrofia ventricular izquierda, que también se asocia a cierto grado de estenosis aórtica, por fibrosis valvular.

En general, se puede observar cierta rigidez valvular sin llegar a presentar lesión, por lo que solo en algunos casos se auscultan soplos sistólicos aórticos "normales". Con cierta frecuencia se puede presentar una falla en la relajación ventricular, como efecto del cambio en el tejido conjuntivo, por lo que la fracción de expulsión es menor, representando un riesgo importante para que ante cualquier eventualidad se desarrolle la insuficiencia cardíaca diastólica, que es muy común a partir de los 60 años.

El sistema de conducción cardíaca suele verse afectado por fibras y en el electrocardiograma se apreciarán con frecuencia: enfermedad del seno auricular, fibrilación auricular, bloqueo de rama y extrasístoles. Así mismo, es frecuente encontrar ondas Q, que indican la presencia de infartos antiguos al miocardio, que se presentan sin sintomatología, conocidos como infartos silenciosos, llegando a presentarse hasta en 40% de los casos.

2.4.4 Sistema genitourinario

Riñón. La eliminación de sustancias tóxicas derivadas del metabolismo celular es de suma importancia ya que representa su principal función. La masa renal tiene una pérdida de 25 a 30% de la cortical, con un menor número de nefronas, hay menos capilares en las asas de las nefronas y se aprecian divertículos en el asa de Henle. El eje renina–angiotensina–aldosterona, no reacciona a la depleción de volumen.

Lo anterior provoca menor depuración renal, que fácilmente se pierde, más ante reducciones de volúmenes plasmáticos. A pesar de tener una menor masa muscular, la cantidad de creatinina plasmática permanece en límites normales o altos, lo que habla del daño renal.

Hay pérdida de elasticidad vesical, la capacidad fisiológica tiende a disminuir en condiciones normales, así mismo la fuerza muscular es menor, lo que facilita que la poliaquiuria y cualquier patología obstructiva favorezca la pérdida de pequeñas cantidades de orina, algunos la consideran incontinencia de esfuerzo.

2.4.5 Aparato reproductivo femenino

Los ovarios, en la menopausia, disminuyen su peso de 25 a 2.5 gramos, hay fibrosis y disminuye drásticamente la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisiario.

Los tejidos sensibles a hormonas femeninas sufren involución, asociándose cambios físicos globales. La distribución de la grasa corporal tiende a

concentrarse en la región de la cadera; la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumentan.

Región genital: hay atrofia uterina, de vagina y labios mayores como menores; se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo que favorece sangrados vaginales e infecciones locales.

2.4.6 Aparato reproductivo masculino

Presenta una disminución en la producción de testosterona, los testículos disminuyen en peso y tamaño, la espermatogénesis es menor, y con un número mayor de anomalías de los espermatozoides.

El líquido seminal es menos espeso y se produce en menor cantidad, debido a lo anterior, la viabilidad espermática es menor, como resultado la capacidad reproductiva se reduce.

Con la edad la próstata incrementa su tamaño y aumenta la frecuencia de cáncer en éste órgano. A nivel del pene hay esclerosis de las arterias puede verse afectada la función, el poder sexual permanece con respuesta más lenta, y la erección solo alcanza el máximo antes de la eyaculación; hay menos sensibilidad, en muchas ocasiones hay retraso en la salida del líquido espermático, el período de resolución es más rápido y en algunos hombres la eyaculación retrógrada (a la vejiga) da la impresión de eyaculaciones secas que no agradan a la persona, sin embargo, la sensación de placer persiste.

2.4.7 Aparato gastrointestinal

En la cavidad oral se presentan caries y enfermedad periodontal que son las responsables de la pérdida de piezas dentales. Se altera la masticación y consecuentemente la selección de alimentos, lo que modifica la nutrición de la persona. Las papilas gustativas disminuyen, se aplanan y el sabor cambia.

En el esófago aparecen contracciones repetitivas y asincrónicas, lo que dificulta la deglución de algunos alimentos. En el estómago la mucosa se adelgaza, hay atrofia de células parietales con elevación del pH, por lo que la absorción de hierro y calcio disminuyen. En muchas personas también baja la producción de factor intrínseco, secundariamente la absorción de vitamina B es menor. Lo anterior es origen de muchas anemias que se presentan en los Adultos Mayores.

En el intestino delgado hay aplanamiento de las vellosidades, que al tener una velocidad de movimiento más lenta la absorción de nutrientes y medicamentos se ve disminuida. En el intestino grueso hay laxitud de la musculatura, por lo que se favorece la aparición de divertículos; se favorece la intolerancia a la lactosa por baja producción de lactasa; se incrementa la absorción de agua y se produce estreñimiento.

En el hígado hay ligera atrofia y mayor fibrosis, pero con una menor circulación hepática. En el páncreas hay atrofia acinar, aumento de grasa y fibrosis, pero sin deterioro en la producción exocrina y endocrina.

2.4.8 Sistema músculo esquelético

Los Adultos Mayores pierden masa muscular, como las fibras musculares tipo II, ello origina una disminución de la fuerza y velocidad de contracción. Dicha pérdida también es dependiente de los estilos de vida, como la nutrición, el ejercicio, la movilidad y las enfermedades crónicas que pudiera presentar.

A nivel ultraestructural los músculos esqueléticos presentan depósito de lipofuscina, reducción en el tamaño y número de miofibrillas, con aumento en la actividad del aparato de Golgi, así como afección del sistema enzimático (lactato deshidrogenasa; glicerol 3, fosfatodeshidrogenasa y trifosfato deshidrogenasa) lo que aparentemente representa una reducción de 50% en su actividad.

Histológicamente hay reducción en el número de capilares, sin embargo no hay alteración en la utilización de oxígeno.

En el cartílago articular se aprecia disminución del contenido de agua, reducción de los proteoglicanos en las cadenas de condroitinsulfato, aumento en el nivel de queratinsulfato y del ácido hialurónico. Se observa calcificación del cartílago y reducción de la adaptación al estrés repetitivo.

En el hueso es bien conocida la pérdida de calcio con aumento en la reabsorción y sobre todo, en la mujer; hay disminución en la función de los osteoblastos con función normal de los osteoclastos. El hueso trabecular pierde el soporte horizontal por lo que con cualquier trauma puede producirse colapso. Sin embargo, la remodelación ósea persiste durante toda la vida.

2.4.9 Sistema nervioso

El peso cerebral disminuye, pero esta disminución es selectiva; aparentemente hay mayor pérdida cortical y subcortical, y el flujo cerebral declina entre 15 y 20%, proporcionalmente. Se aprecia mayor pérdida en la corteza, cerebelo, e hipocampo. El giro temporal puede perder hasta 50% de sus células, mientras que el giro temporal inferior pierde solo 10%.

■ Histológicamente se aprecia una disminución de interconexiones dendríticas, con aumento de la glia; deterioro en el número de dendritas totales y aparición de lesiones neurofibrilares.

A nivel bioquímico se aprecia disminución en la producción de neurotransmisores, lo cual se traduce clínicamente en disminución de la capacidad de memorización, menor poder de atención y concentración.

2.4.10 Tejido conjuntivo

Los trastornos del tejido conjuntivo o conectivo que se originan con el paso del tiempo, están en relación con los cambios que se presentan en otros órganos. La alteración de la composición y las modificaciones en la degradación del colágeno se relacionan con los problemas osteoarticulares y la descalcificación ósea. La esclerosis vascular, con aumento en la fibrosis del colágeno y la pérdida de la elastina. Las alteraciones de la permeabilidad, con problemas renales y neuronales.

Con el envejecimiento aumentan los puentes moleculares, se agrega más calcio a las moléculas y se pierde elasticidad en la gran mayoría de los tejidos del organismo, lo que representa la fibrosis que observamos histológicamente. Al perderse la solubilidad y modificarse los aminoácidos que las componen, sufren cambios o variaciones que podemos resumir a grosso modo en: Alteraciones en la piel, pérdida de elasticidad, fragilidad capilar, adelgazamiento de la dermis.

Fibrosis de múltiples tejidos, con pérdida parcial de la función, pérdida de cartílagos por calcificación de los mismos, con propensión a las lesiones articulares, alteración en la estructura tridimensional de las membranas basales celulares, con la posibilidad de creación de autoanticuerpos, desinhibición del desarrollo celular, con posibilidades de aparición de cánceres.

2.5 Cambios Psicológicos

El aspecto psicológico analiza todas las habilidades cognitivas y afectivas del Adulto Mayor, no obstante solo desde hace pocos años la psicología trata el envejecimiento, por tanto, las teorías y esquemas que utiliza son rudimentarios frente a lo que existe en el área infantil o adolescencia.

Existen aspectos significativos en relación con los cambios psicológicos del envejecimiento, en relación a los miedos. Miedo a la propia vejez, al deterioro, a la dependencia, a la soledad y a la muerte. La Teoría Psicosocial de Erikson en su último y octavo periodo explica claramente éste proceso en donde afirma que los adultos entran en una etapa final de la vida, Erikson enuncia: "... su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia.

Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que se hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla”.

■ Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad y la virtud del ser humano en éste período que es la sabiduría; en la lucha integridad versus desesperanza, la persona de edad avanzada logra un sentido de aceptación de su propia vida, ya sea aceptando su vida o su muerte (Erikson, 1950). Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

Tomando como base el modelo del Procesamiento de la información (Broadbent, 1958); los Adultos Mayores son capaces de captar y conservar en la memoria sensorial un poco menos de información que los adultos jóvenes, en promedio tienen un ciclo de percepción un poco más corto, sobre todo cuando pasan dos informaciones a la vez.

Referente a la memoria a corto plazo, las investigaciones señalan que las diferencias entre los adultos jóvenes y los ancianos son significativas; en cuanto a la memoria a largo plazo, las diferencias aumentan: los ancianos son menos eficientes para organizar, repetir y codificar el material que se debe aprender; sin embargo, esta debilidad mejora con instrucción y práctica. La memoria de los

Adultos Mayores es selectiva y es mejor en las tareas de reconocimiento que de recuerdo.

La personalidad, en la senectud, se vuelve egocéntrica debido principalmente a la resistencia al cambio, a la necesidad de reafirmar su personalidad, a su manera de ser conservadora y autoritaria. Se va adquiriendo una incapacidad de adaptación, tanto a los cambios biológicos y las limitaciones físicas, como a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

Desde el fin de la madurez, el individuo vive un periodo de crisis al enfrentarse a la aparición de algunas situaciones críticas, normales en esta etapa de la vida, pero que sin duda repercuten en su salud mental.

Es importante recordar que el deterioro de las facultades mentales no es independiente de la forma en que el hombre acepta su vejez, y por eso influye su afectividad y emotividad. Es por esto que quizás, el mayor reto de un Adulto Mayor es poder enfrentar la pérdida de control.

Los cambios ocasionados por la jubilación, las enfermedades, los cambios en la imagen, los cambios financieros y la muerte de sus seres queridos pueden hacerlos sentir impotentes; cada uno de estos cambios no sólo significa perder algo, sino que también suponen un proceso de adaptación que será determinante en el sentimiento de satisfacción. Los aspectos psicológicos por lo general se encuentran ligados a los sociales los cuales modifican en su mayoría el entorno del Adulto Mayor.

2.6 Cambios Sociales

Éste aspecto trata al Adulto Mayor desde la perspectiva de su papel en la sociedad y como esta misma ve el proceso de envejecimiento del individuo.

En la última etapa de la vida se hace conciencia de que la muerte está más cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato, la concepción de la vida y de la muerte adquiere en éste momento un nuevo sentido. La respuesta individual del anciano frente a la vida y la muerte está condicionada por una serie de factores: creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte vividas a lo largo de su existencia y el estado en que se encuentre.

El AM suele verbalizar de modo general el temor y la angustia que rodean la muerte, está ligado a la imagen que cada individuo tiene de éste trance, siendo la soledad, la oscuridad y el sufrimiento los componentes que más le preocupan. El envejecimiento transforma el rol del individuo en el seno familiar. Las relaciones familiares cambian. El AM no suele vivir con sus hijos y nietos, ya que las características de la vida moderna lo impiden.

Existen dos roles muy marcados dentro de la sociedad en donde se encuentra el Adulto Mayor *independiente* y *dependiente*. Es independiente cuando el AM no presenta problemas de salud, es una ayuda para la familia, participa en las tareas del hogar y se encarga del cuidado de los nietos, con los que establece unas relaciones de complicidad.

Las relaciones sociales se reducen de forma importante al dejar el ambiente laboral; los recursos económicos disminuyen en casi todos los casos, siendo en general insuficientes; el exceso de tiempo libre exige una reorganización de la vida cotidiana y una utilización de los recursos personales y culturales para evitar la angustia que produce el “no tener nada que hacer”.

Además, esta etapa coincide con la muerte de los seres queridos, y la marcha de los hijos para crear su propia familia. Diferentes gerontólogos han realizado estudios para medir el impacto que produce la jubilación. Se han descrito tres rupturas fundamentales: La primera, la constituye la desvalorización que supone el cese del trabajo como una situación injusta de identidad social y de crisis de personalidad. La segunda, el contar con un excesivo tiempo libre que en muchos casos es difícil de emplear. La tercera, la ausencia de socialización en esta nueva etapa.

En ésta línea también se han descrito repercusiones sobre la salud, como perturbaciones emocionales, por estados depresivos y ansiedad, acompañadas de astenia, trastornos del sueño y manifestaciones hipocondríacas que pueden influir en la aparición de otro tipo de enfermedades.

Por el contrario, otras teorías mantienen que el empleo del tiempo libre en la jubilación puede constituir satisfacciones personales que evitan que se produzca esta situación de crisis y de falta de identidad.

2.7 Instituciones de apoyo al Adulto Mayor

Existen varias dependencias, organizaciones, o asociaciones que establecen programas para el apoyo del Adulto Mayor, una de ellas es el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el cual es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas Adultas Mayores, teniendo como objetivo general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

El INAPAM tiene como objetivo el desarrollo humano integral de las personas Adultas Mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a éste sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de Bienestar y alta calidad de vida. Orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen sus capacidades.

En el país es la dependencia con mayor respuesta en éste grupo poblacional; a nivel nacional y estatal se cuenta con el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual se encarga de proporcionar ayuda en especie a éste grupo etario con la finalidad de contribuir a su Bienestar económico.

En el Estado de Sonora según la Secretaria de Desarrollo Social del Estado de Sonora (SEDESSON) existen 130 mil Adultos Mayores de los cuales 31 mil se encuentran habitando en Hermosillo, que en su mayoría son de escasos recursos (SEDESSON, 2010).

Así mismo debido a estas necesidades económicas han surgido diversas instituciones que proporcionan un empleo o educación a los Adultos Mayores sonorenses. Abuelos trabajando por Sonora, es una institución de asistencia privada que surge con el objetivo de impartir cursos de computación, inglés, enfermería, abuelas educadoras, investigadores y guardianes, contribuyendo a la educación y formación de éste grupo etario con una remuneración económica que les ayude a solventar problemas de la vida diaria principalmente.

Son pocas las instituciones dedicadas a beneficiar a los Adultos Mayores, o simplemente no son difundidas ampliamente, sin embargo hoy en día ha tomado mayor fuerza éste grupo etario en la sociedad, exigiendo sus derechos dentro de la misma, lo cual sin duda repercutirá de forma positiva.

2.8 Centros de atención y cuidado al Adulto Mayor

En algunas investigaciones se expresa que debido al crecimiento acelerado en los últimos años de la población Adulta Mayor, ha traído como consecuencia el aumento del número de personas residentes de Casas Hogar o Asilos de Ancianos (Hernández, 2006).

Sin embargo éste no es el único factor ya que, como mencionamos, el Adulto Mayor se aísla, pierde a su pareja y su sustento económico se ve afectado,

aunado esto a los cambios biológicos experimentados, que en su mayoría se acompañan de patologías crónicas degenerativas. Sin duda ante esta situación se opta por ingresar a una Casa Hogar.

Hoy en día se pretende que desaparezca el concepto de "Asilo" o Albergue, siendo reemplazado por "Casa Hogar" o "Residencias para Adultos Mayores". La definición que dió el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en España de las residencias es: "Centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios".

Las residencias hoy en día son centros donde se atienden necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos, que por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan de asegurar dichos cuidados fuera del domicilio. Dicha atención se presta en ocasiones de forma temporal o de forma permanente hasta el final de la vida del residente.

En dichos centros los cuidados son proporcionados por parte de un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales, teniendo cada vez más un enfoque no estrictamente custodial del AM. Sus cuidados se basan en la atención no sólo de las necesidades de cuidados básicos y alojamiento del residente sino en la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal.

En la actualidad los asilos, albergues o Casas Hogares se encargan de proporcionar a los Adultos Mayores alimentación, un espacio para dormir, y una

serie de reglamentos que deben cumplir los mismos para permanecer en dicha institución.

Sin duda es clara la regresión que se manifiesta en los Adultos Mayores por exageración de las conductas de sumisión, de las limitaciones psíquicas, físicas, y de la pasividad en las actividades realizadas, la cual es favorecida, igualmente, por la **falta de motivación y de preparación** del personal que en algunos casos, maltrata a los internos, saca provecho de ellos y comete hurtos, cuando la ocasión se presenta (Krassoievitch, 2001).

Lo óptimo sería retomar la definición aportada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); sin embargo no se cuenta con el personal capacitado para la atención de los Adultos Mayores. En la investigación de cómo perciben los Adultos Mayores el maltrato, sostiene que “el abuso es también definido como la ausencia de la calidad del cuidado”. Cuando los valores: privacidad, armonía, respeto, etc., son ignorados es probable que se produzca un abuso.

No obstante, éste tipo de maltrato pasa desapercibido para los que no se encuentran en contacto directo con éste grupo poblacional y es más agresivo que el maltrato físico (Kosberg et al., 1995).

Para afrontar éste problema es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario (Enfermeras (os), Médicos, Nutriólogos, Podólogos, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Odontólogos, etc.), con conocimientos de Gerontología y Geriátrica, que les permita brindar cuidado integral al Adulto Mayor.

2.9 Nivel de Bienestar en el Adulto Mayor

En 1946, la OMS conceptualizó la salud como "un completo estado de Bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Entonces se entiende que Bienestar es sinónimo de salud física, social y mental; donde el concepto Bienestar se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptimo. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en toda su dimensión (Donatell et al., 1999).

Se han estudiado los factores que intervienen en el Bienestar humano habiendo encontrado que han cambiado conforme la sociedad evoluciona, y claramente los factores que intervienen en la definición de Bienestar de los Adultos Mayores también han sufrido modificaciones.

Es posible apreciar en otras investigaciones como se da el enfoque biologista o ambientalista; sin embargo a partir de los años 80s se define claramente al **Bienestar** como un concepto integrador y de carácter multidimensional (Gómez, 2001).

Son varias las investigaciones que intentan dar una explicación al Bienestar presentado por los adultos, sin embargo en relación al Adulto Mayor son muy pocas. En una de ellas se muestra que no se presenta una relación entre el Bienestar personal y la edad; así mismo admite que los Adultos Mayores

presentan una gran fortaleza psicológica que les permite hacer frente a situaciones de crisis (Carmona, 2009).

Sin embargo el Bienestar es un estado subjetivo y lábil, que se modifica según las condiciones físicas o del entorno. Ryff, en 1989 Operacionalizó el Bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal.

En el Adulto Mayor muchos de estos conceptos se ven afectados, más aun cuando se encuentra inserto en una institución, por lo cual es importante apoyar en la potenciación de los recursos como la autoestima y el apoyo social ya que repercuten directamente en la calidad de vida y Bienestar del mismo.

2.10 El Adulto Mayor en la Actualidad

La OMS y la OPS revalorizan el concepto del envejecimiento como una etapa más de la vida y acentúa la terminología envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS/OPS, 2002).

Desde esta visión, el envejecimiento activo rubrica en el escenario social en acciones productivas con amplio reconocimiento comunitario. Esto implica una diferencia sustancial entre estar o acompañar a formar parte de las redes sociales, reforzar la pertenencia al contexto social y fundamentalmente tomando parte, influyendo y decidiendo.

Por su lado el clamor del envejecimiento con derechos persigue el objetivo de ser, como Adultos Mayores, actores sociales plenos sin perder sus atributos legales por ser viejos, pobres o enfermos. En éste plano el Adulto Mayor más que pedir o solicitar, exige.

Hoy en día los Adultos Mayores tienen más oportunidades para ser activos dentro de la sociedad y no rezagados solo por el hecho de encontrarse habitando en un albergue o Casa Hogar, debe fomentarse la participación de todos los Adultos Mayores en los programas creados exclusivamente para ellos, informarles de sus derechos por el simple hecho de pertenecer a éste grupo etario, ya que ellos han demostrado que envejecer no es sinónimo de enfermedad; y es de suma importancia que cada persona aprenda y acepte envejecer diariamente con un nivel de Bienestar óptimo.

Capítulo III. Metodología

3.1 Diseño del estudio de investigación

La presente investigación es de alcance descriptivo, observacional explicativo y longitudinal. Observacional, según Hernández Sampieri, dado que los estudios descriptivos buscan definir las propiedades y describir las características y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis; el estudio descriptivo se relaciona con una serie de cuestiones y se mide la información sobre cada una de ellas para describir lo investigado. Solo se cuenta con una población, se describe en función de un grupo de variable y respecto de la cual no existen hipótesis centrales (Hernández et al., 2003).

De igual manera los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas.

Según la evolución del fenómeno el estudio es longitudinal porque las variables se medirán más de una sola vez dándole seguimiento al mismo. Además es prospectivo, ya que la información será obtenida a partir de la aplicación del instrumento previamente diseñado para la investigación.

3.2 Muestra

Se tomó una muestra aleatoria estratificada de los Adultos Mayores residentes en las Casas Hogar “Mesón Don Bosco”, “Juan Pablo II”, y “Madre Amable” de Hermosillo; Sonora, en el período comprendido de Agosto 2010 a Junio 2011.

3.3 Criterios de Inclusión

- a) AM que se encuentren residiendo en las Casas Hogar “Madre Amable”, “Mesón Don Bosco” y “Juan Pablo II”.
- b) AM que acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

3.4 Criterios de exclusión

- a) AM que no acepten participar.
- b) Personas que presenten una edad menor a 60 años.
- c) AM que presenten deterioro cognoscitivo severo.

3.5 Criterios de Eliminación

- a) Adultos Mayores que no sean residentes de las Casas Hogar o albergues seleccionados.

Capítulo IV. Resultados

Se aplicaron nueve guías de valoración que se detallan a continuación: Patrones Funcionales de Marjory Gordon; Test de Termine, Riesgo Nutricional; Escala de Marcha y Equilibrio, Tinetti; Valoración de Discapacidad Física, Índice de Barthel; Escala de Lawton y Brody, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD); Índice de Katz, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); Valoración del Estado Mental de Pfeiffer; Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Valoración de la Cavidad Oral.

Las guías mencionadas anteriormente se aplicaron a 35 Adultos Mayores de las Casas Hogar Madre Amable, Mesón Don Bosco y Juan Pablo II, los cuales conformaron la muestra con una edad de 60 a 95 años; que para efectos del estudio se clasificaron en categorías con intervalos de 5. La edad con mayor frecuencia es de 76 a 80 años con un 23%, seguida de 66 – 70 con 20%, en igualdad de proporción se encuentra la edad de 71 – 75 años, le sigue la de 91 – 95 años con un 9%, luego la de 86 – 90 años con un 8% y por último el rango de edad de 81- 85 años con un 6% (Gráfico 1).

De la muestra de Adultos Mayores residentes de los tres centros el 74% pertenece al sexo masculino y el 26% al sexo femenino (Gráfico 2). El tiempo de estancia que tienen los Adultos Mayores en las Casas Hogar, se encuentra entre 1 y 3 años de residencia, (37%) seguido por los que tienen menos de un año con el 23%, en tercer lugar se encuentran los que tienen de 4 a 6 años, luego los de 7 a 9 años con 14% y por último con una menor proporción los que tienen de 10 a 12 años con el 6% (Gráfico 3).

Con relación al lugar de procedencia, el 77% son originarios del estado de Sonora, y el 23% restante son Foráneos (Gráfico 4). La Casa Hogar de residencia con mayor porcentaje poblacional para el estudio fue la Casa Hogar Juan Pablo II, con el 43%, seguido con un 31% de la Casa Hogar Madre Amable y un 15% del Mesón Don Bosco (Gráfico 5).

Las enfermedades con mayor prevalencia que presentaron los Adultos Mayores residentes de las Casas Hogar motivo del estudio fueron: Diabetes Mellitus con un 26%, Hipertensión Arterial 17%, Deterioro visual (Cataratas, Hipermetropía, Miopía y Glaucoma) 14%, Hemiplejia 8%, Hipertensión Arterial - Diabetes 6%, con el mismo porcentaje de 3% se encontró Paraplejia, Epilepsia y Parkinson y por último el 14% no refirió alguna patología (Gráfico 6).

En relación a la guía de valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon los hallazgos fueron los siguientes:

Patrón Mantenimiento y Percepción de la Salud se encuentra funcional en el 63% de Adultos Mayores, disfuncional en el 26% y un 11% se encuentra en riesgo de disfunción (Gráfico 7).

El **Patrón Nutricional Metabólico** se muestra disfuncional en un 83% de los Adultos Mayores, funcional para el 11% y en riesgo un 6% (Gráfico 8).

En relación al **Patrón de Eliminación** se considera funcional para un 89% y disfuncional para un 11% (Gráfico 9).

El **Patrón de Actividad Ejercicio** se encuentra disfuncional en un 77% de los Adultos Mayores, funcional en un 12% de los Adultos Mayores y en riesgo de disfunción se encontró un 11% (Gráfico 10).

El **Patrón Sueño Descanso** se encuentra funcional en 94% de la muestra y en riesgo de disfunción 6% (Gráfico 11).

El **Patrón Cognitivo Perceptivo** se encuentra disfuncional para el 68% de los Adultos Mayores, 26% funcional y 6% en riesgo de disfunción (Gráfico 12).

En relación al **Patrón Autopercepción y Concepto de Sí Mismo** 80% de la muestra se encuentra funcional, 14% disfuncional y un 6% en riesgo de disfunción (Gráfico 13).

El **Patrón Rol Relaciones** el 91% de los Adultos Mayores valorados presentan éste patrón funcional, un 6% disfuncional y 3% en riesgo de disfunción (Gráfico 14).

El **Patrón Sexualidad Reproducción**, en éste patrón el 89% se clasificó como funcional y un 11% disfuncional (Gráfico 15).

El **Patrón Afrontamiento y Tolerancia al Estrés** se encuentra funcional en un 83%, disfuncional en un 11% y en riesgo de disfunción un 6% (Gráfico 16).

El **Patrón Valores Creencias** se encuentra funcional para el 100% de la población objeto de estudio (Gráfico 17).

Para valorar el estado mental se utilizó la guía de **Valoración de Pfeiffer** y los hallazgos se detallan a continuación:

Un 43% de los Adultos Mayores presentan alteración intelectual moderada, 28% muestran funcionamiento intelectual normal, 26% alteración intelectual leve y por último un 3% con alteración intelectual severa (Gráfico 18).

A la aplicación de la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**, los resultados se presentan a continuación: El 60% de los Adultos Mayores se encuentra sin datos de depresión, el 37% muestra depresión moderada y un 3% depresión severa (Gráfico 19).

Con la aplicación del **Test de Termine**, para identificar o valorar riesgo nutricional se encontró: Un 43% de la muestra estudiada sin riesgo nutricional, y el mismo porcentaje con riesgo moderado, por último un 14% con riesgo nutricional alto (Gráfico 20).

Con respecto a la aplicación del **Índice de Katz** que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria los hallazgos fueron los siguientes: un 52% resultó independiente en todas las funciones, 17% fueron dependientes en tres actividades (lavado, vestido y otra más), y con el 14% dependiente en una de ellas, el 11% se encontraron los que son dependientes en cuatro actividades (vestido, lavado, uso del inodoro y otra más), por último el 6% son dependientes en todas las funciones (Gráfico 21).

La **Escala de Lawton y Brody** mide Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en donde el 80% de la muestra se clasifica como inactivos y 20% poco activos (Gráfico 22).

La **Escala de Tinetti** que evalúa el riesgo de caídas en relación a marcha y equilibrio, muestra un 54% de AM en riesgo de caídas, 40% mostró riesgo alto de caídas y 6% con menor riesgo de caídas (Gráfico 24).

El **Índice de Barthel** para la valoración de la discapacidad física los AM presentaron dependencia leve en el 80%, dependencia moderada en el 9%, dependencia grave un 8% y dependencia total un 3% de la muestra (Gráfico 23).

RBC T130151

4.1 Análisis y Discusión

En el último conteo de población realizado en el 2010, los datos indican que el porcentaje de la población de 60 años o más, aumentó a 107 millones de Adultos Mayores en el país. El crecimiento acelerado de éste grupo de población ya se preveía desde los años 80's, en donde se estimó que para el 2025 dicho grupo estaría conformado por 96.9 millones, es decir, 12.8% de la población general (ONU, 1982).

A pesar de la información con que se cuenta desde hace décadas no se han llevado a cabo programas ni mejoras en las instituciones encargadas de brindar cuidado, no se ejecutan las legislaciones propuestas para beneficio al Adulto Mayor; ejemplo de lo mencionado anteriormente, se manifiesta en nuestro Estado ya que se cuenta con la Ley 80, que tiene como objetivo proteger y reconocer los derechos de las personas de sesenta años de edad en adelante, para proporcionarles una mejor calidad de vida, a pesar de ser publicada en 2007, actualmente la población en general desconoce dicha ley.

En la ciudad las instituciones que brindan cuidado al Adulto Mayor no cuentan con personal que posea conocimientos en Gerontogeriatría, ya que las personas encargadas de los centros son personal voluntario o empleados con un sueldo que depende de las instituciones eclesiásticas e incluso de donativos realizados por la comunidad (Krassoievitch, 2001).

Sin duda es prioridad regular cada una de las instituciones que brindan cuidado a los Adultos Mayores, profesionalizando a los cuidadores y cumpliendo con los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 167-SSA1-1997

Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, en la cual se establecen claramente los lineamientos para las Casas Hogar en donde se debe brindar atención integral a los Adultos Mayores y no solo albergue.

En la muestra analizada se encuentra una estrecha relación entre el sexo y el porcentaje de AM que residen en Casas Hogar siendo predominante el sexo masculino, lo anterior enuncia Partida (2002), "son las abuelas a las que se les asigna el papel de cuidadoras de los menores", de esta forma ellas, se sienten productivas dentro del núcleo familiar y los varones pierden su rol; de igual forma al morir la esposa los Adultos Mayores hombres deciden acudir a una Casa Hogar para su cuidado.

Los resultados obtenidos en la presente investigación en relación a la edad de los Adultos Mayores, coinciden con lo mencionado con Potter, la autora clasifica etapas y los problemas presentados durante estas, ya que los centros en mayor proporción cuentan con AM de 66 – 80 años, señala esta edad como transición a la ancianidad y ancianidad respectivamente, indica que se caracteriza por el decaimiento físico, razón por la cual los Adultos Mayores son abandonados por sus familiares o ellos deciden ingresar a la institución para evitar problemas a los mismos (Potter, 2002).

Así mismo la autora indica que en éste periodo aparecen las enfermedades crónicas degenerativas, una o más y las complicaciones; tal es el caso de los Adultos Mayores insertos en las Casas Hogar los cuales presentan en orden de mayor a menor las siguientes patologías, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión

Arterial (HP), DM - HP y Parkinson; enfermedades que deterioran su calidad de vida.

Tomando como base el modelo del Procesamiento de la información (Broadbent, 1958), los Adultos Mayores son capaces de captar y conservar en la memoria sensorial un poco menos de información que los adultos jóvenes; se adapta a los resultados obtenidos, puesto que el 71% de los AM, presentaron alteración mental en uno de sus tres estadios.

La actividad física antes y durante el envejecimiento, trae consigo beneficios cardiovasculares, respiratorios, metabólicos y motrices (Moreno, 2005). A pesar de las diversas investigaciones realizadas acerca de la activación física en el AM, aún no hay programas continuos en las instituciones a su cuidado que promuevan dicha actividad, ya que el Patrón Actividad Ejercicio se presentó disfuncional en un 78% de la muestra.

La religión es un aspecto de suma importancia y el acto de rezar, orar, acudir a los templos entre otras actividades forma parte importante de la vida de los seres humanos (Rivera, 2005). Sin duda se coincide con el autor, sin embargo, los AM insertos en las Casas Hogar no se les respeta su religión, debido que al formar parte de dicha institución una de sus funciones es cumplir con las actividades de rezar y acudir a misa con la regularidad establecida por cada centro, e inclusive se les obliga a realizar dichas actividades ya que las instituciones están a cargo de directivos eclesiásticos.

Los cambios biológicos experimentados en el AM, se deben tomar en cuenta para el diseño de sus necesidades nutricionales (Podrabsky, 2001). Así

mismo se debe de individualizar de acuerdo a la patología, nivel de actividad, gustos del usuario, entre otros. En las Casas Hogar los Adultos Mayores presentan un riesgo nutricional alto con un 14% y moderado 43%, debido a que su alimentación está a cargo de voluntarios que realizan donativos en especie y las dietas son únicas para toda la población.

Sin duda otro factor importante es la falta de autocuidado que presentan los Adultos Mayores, ya que el Patrón Mantenimiento y Percepción de la Salud se encuentra disfuncional en un 26% de la muestra, debido a que los AM que se representan manifiestan ausencia de hábitos de cepillado dental, baño, lavado de manos, presencia de tabaquismo y alcoholismo.

Para lograr que los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar presenten un nivel de Bienestar óptimo es necesario brindar un cuidado integral, no solo proporcionarles el alimento, vestido y asistencia, más bien crear un programa estandarizado enfocado a sus necesidades, así como formar a sus cuidadores con los conocimientos en Gerontogeriatría que se requieren para cubrir las necesidades de los AM en su totalidad.

4.2 Conclusiones

Al realizar la presente investigación se identificó y analizó el Nivel de Bienestar que Presentan los Adultos Mayores residentes de Casas Hogar; y con los resultados obtenidos se establece que éste grupo no presentan un nivel de Bienestar óptimo.

El Bienestar deseado como se acordó anteriormente, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad.

En las instituciones no se identifica e individualiza el cuidado a los Adultos Mayores, debido a que el personal que labora en estas instituciones en su mayoría son voluntarios y no cuentan con conocimientos en Gerontogeriatría.

Las instalaciones en las que se encuentran los AM no son las adecuadas, e inclusive el poco personal profesional (trabajadores sociales) de los centros desconoce los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 167-SSA1-1997 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores; ya que el mobiliario e infraestructura no se encuentra acorde a las necesidades de esta población.

Así mismo no se cuenta con un programa de actividades recreativas y/u ocupacionales para los Adultos Mayores, fomentando la inactividad física y mental. Por lo tanto es imperante la profesionalización en el cuidado a los Adultos Mayores, así como la institucionalización de estos centros, con la finalidad de

elevar el nivel de Bienestar de esta población vulnerable. Por último se exhorta a próximos investigadores a realizar un estudio cualitativo y fomentar la investigación en relación al Adulto Mayor, ya que éste grupo poblacional demanda necesidades que cambian constantemente y las cuales deben ser satisfechas.

4.3 Recomendaciones

Que se elabore un programa permanente de:

- Activación física
- Actividades recreativas y/u ocupacionales
- De alimentación – nutrición
- Autocuidado

Que cuenten con:

- Servicios de salud permanentes
- Servicios religiosos que respeten sus creencias

Aspectos a considerar para elevar el nivel de Bienestar de los AM.

- Que se considere la Norma Oficial Mexicana en cada uno de los centros de atención a los AM
- Que se establezca la NOM, específica para la atención de los AM.
- Que se cuente con una procuraduría para la atención de problemas de tipo legal exclusiva para los AM.

Universidad de Sonora - Departamento de Enfermería

Referencias bibliográficas

Cayo, G. (2003). La sexualidad en la tercera edad y su relación con el Bienestar subjetivo, Editorial Mc Graw Hill, Santiago de Chile.

Donatelle, R. et. al. (1999) Wellness: Choices for Health and Fitness, Wadsworth Publishing Company, 2da. Ed. Belmont, CA.

Kosberg, J. et. al. (1995). Elder abuse: international and cross-cultural perspectives, Editorial Haworth Press, Inghamton, NY, págs. 183–198.

Krassoievitch, M. (2001). Psicoterapia Geriátrica, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.

ONU (1982). Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.82.I.16, cap. VI, secc. A.

Bottini, L. (2005). El empoderamiento como alternativa de cambio en relación a la violencia en Adultos Mayores. Versión electrónica [http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/Violencia_en_AM_y_Empoderamiento_2005.pdf]

Broadbent, D. (1958). Modelo de procesamiento de la Información. Revista Latinoamérica de Psicología. Versión electrónica [<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80526210.pdf>]

Carmona, S. (2009). El Bienestar personal en el envejecimiento. Revista de ciencias sociales de la Universidad Iberoamericana. Versión electrónica [<http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/7/pdf/scarmona.pdf>]

CONAPO (2004). Consejo Nacional de Población, comunicado de prensa 43/04. Versión electrónica [<http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/43.pdf>]

Erikson, E. (1950). Teoría Psicosocial. Las Ocho crisis. Versión electrónica [<http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Teor%C3%ADa%20Psicosocial%20Las%20Ocho%20Crisis%20Erik%20H.%20Erikson.pdf>]

Fernández, R. (2005). Teorías del envejecimiento etapas de la edad senil. Revista Digital Investigación y educación vol. 3. Versión electrónica [<http://es.scribd.com/doc/59263478/envejece>]

Gómez-Vela, M. (2001), Calidad de vida. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Versión electrónica [<http://www.inti.gov.ar/prodiseño/pdf/calidad.PDF>]

Hernández, Zoila (2006). Cuidadores del Adulto Mayor residente en asilos Index Enferm v.15 n.52-53 Granada. Versión electrónica [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100009&script=sci_arttext]

INEGI (2005) Estadísticas de Adultos Mayores en México. Versión electrónica [<http://www.INEGI.org.mx/INEGI/default.aspx?s=geo>]

Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora. (2007). México. Versión electrónica [<http://www2.scjn.gob.mx/legislacionestatal/Textos%5CSonora%5C57046001.doc>]

Moreno González, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el Adulto Mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5 (19) pp.222-237. Versión electrónica [<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>]

OMS (1994). Organización Mundial de la Salud: Adulto Mayor. Versión electrónica [http://search.who.int/search?q=adulto+mayor&ie=utf8&site=default_collection&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8]

Programa de atención al Adulto Mayor (2006). Nuevo León, México. Versión electrónica [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_programaadultomayor.pdf]

Ríos, L. et. al. (2000). La actividad física en la tercera edad. Revista digital. Buenos Aires año 5. Versión electrónica [http://www.efdeportes.com/efd18/3aedad.htm]

Rivera, A. (2005). Espiritualidad, religiosidad y vejez en México. Salud mental año/vol. 28, número 006 pp.51 –58. Versión electrónica [http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262807.pdfUrrutia]

Ryff, C. (1989). Teoría del Bienestar psicológico. Versión electrónica [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._7.pdf]

Urrutia, N. (2010). Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos. Versión electrónica [http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.pdf]

Vera, M. (2006). Análisis diferencial de los perfiles cognitivos. Versión electrónica [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1048/1/16184191.pdf]

ANEXOS

**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN PATRONES
FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORIE GORDON**

**I. SECCIÓN
HISTORIA DE ENFERMERÍA**

Datos básicos de ingreso: Nombre: (Siglas)_____ Edad: _____
Sexo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Persona para
contactar: (siglas) _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Llegó de Hogar Solo: _____ Hogar con familia: _____ Sin hogar: _____
Otro: _____ (especifique) _____
Llegada: por su propio pie: _____ Otras: _____
Último ingreso en el hospital - Fecha: _____
Motivo: _____
Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: _____

Antecedentes Personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o
quirúrgicos indicados _____

No patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su
crecimiento) _____

Heredo familiares: de los padres, hermanos, tíos (enfermedades padecidas y/o causas
de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de
enfermería) _____

_____ (especificar edades si hay defunciones).

Instrucciones: Llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la valoración (objetivos y subjetivos), ampliar o describir en aquellos que requieren especificar, la primera sección son datos subjetivos y el resto objetivos).

Patrones de Salud:

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

a) Historia de su salud: muy sana ___ enfermizo ___ regular ___
(especifique): _____

b) Cómo la percibe en éste momento: bien ___ regular ___ mal ___

c) Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día ___ 2 ó menos ___ Nunca ___

d) Hábitos de higiene general: baño diario ___ cada 3 días ___ otros ___
(especifique) _____

◇ Cambios de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño

◇ Lavado de manos: Sí ___ No ___ a veces ___: Antes de comer ___; antes del uso del sanitario ___ después del sanitario ___

e) Consumo de tabaco: NO ___ Sí ___ < 1 cajetilla al día ___ 1 ó más cajetillas al día ___
Edad de inicio _____ Tiempo que fumó: _____
lo dejó (fecha) _____ otros (especifique) _____

f) Bebidas con contenido alcohólico: NO ___ NUNCA ___ Sí ___ tipo _____
cantidad al día _____ a la semana _____ al mes _____
lo dejó (fecha) _____ tiempo que consumió _____

g) Otras sustancias: No ___ si ___ (especifique tipo y frecuencia) _____

h) Presencia de alergias (a/medicamentos, alimentos, ropa, etc.): No ___ Sí ___
_____ Tipo de reacción _____
_____(especifique)

i) Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí ___
periodicidad _____ No ___ motivos: _____
_____(especifique)

j) Revisión dental Sí ___ periodicidad _____ No ___

k) Realiza ejercicio: no ___ Sí ___ (especifique) _____

l) Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que utilizaba y actual:
no ___ Sí ___ (especifique) _____

m) Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo: no ___ Sí ___(especifique
cuál) _____

n) Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de
enfermería: no ___ Sí ___ (describa cuáles): _____

o) Condiciones de la Vivienda

✧ Material de construcción: concreto ___ lámina ___ cartón ___ otros
(especifique): _____

✧ ventilación natural ___ artificial ___ No. de habitaciones _____
usos _____

✧ Iluminación: Natural ___ artificial ___ especifique _____

- ✧ Mobiliario: acorde a las necesidades básicas. Sí ___ No ___
(especifique)_____
- ✧ Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje___ fosa
séptica___letrina___ pozo negro___ al ras del suelo___
otros_____
- ✧ Ubicación del sanitario: fuera de vivienda. Sí ___ No___
- ✧ Aseo diario de la vivienda: Sí___ No___ (especifique)_____
- ✧ Presencia de vectores no___; si___ moscas___ cucarachas___
roedores___ otros_____
- ✧ Medidas de control de vectores: Sí___ No___ (especifique)_____
- ✧ Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No___
Sí ___(especifique)_____

2. Patrón Nutricional Metabólico

Dieta y/o complementos específicos: número de comidas al día _____ menú día
típico: (especificar tipo y cantidad)

DESAYUNO	
COLACION	
COMIDA	

COLACION	
CENA	

- ◇ Alimentos que desagradan: _____
- ◇ Ingestas de líquido al día _____
(especificar tipo y cantidad) Apetito: normal ___ aumentado ___
disminuido ___ (especificar) _____
- ◇ Presencia de náusea ___ vómito ___ otros _____
- ◇ Variaciones de peso (últimos 6 meses): ninguna ___ aumentó ___
disminuyó ___ especifique en _____ kg.
- ◇ Dificultades para deglutir : ninguna ___ a sólidos ___ a líquidos ___
(especifique) _____
- ◇ Problemas piel y/o cicatrización: ninguno ___ anormal ___ exantemas,
sequedad ___ exceso de transpiración ___ Especifique _____

- ◇ Cambios en: Cuero cabelludo-cabello,: No ___ Sí _____
- ◇ En uñas: no ___ si _____
- ◇ Referencia de dolor abdominal ___ agruras ___ distensión ___ sondas:
nasogástrica ___ succión gástrica ___ nutrición parenteral ___ enteral ___
gastrostomía ___ otros _____

3. Patrón de Eliminación

- ◇ Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día ___ fecha de última
defecación _____ dentro de los límites normales ___ pastosa ___
semipastosa ___ semilíquida ___ líquida ___ color _____ utiliza
laxantes y/o supositorio _____

◇ Presencia de estreñimiento ___ diarrea ___ hemorroides ___ sangrado ___
estomas _____

Incontinencia ___ flatulencia ___ aparatos auxiliares (especifique) _____

◇ Hábitos de evacuación urinaria dentro de límites normales: Sí ___ No ___

Presencia de: distensión vesical ___ dolor ___ ardor ___ prurito ___

retención ___ incontinencia ___ incontinencia al esfuerzo ___ urgencia

diurna ___ urgencia nocturna ___ alteraciones: sangre ___ turbiedad ___

fuerza y/o cambios en continuidad de la emisión: no ___ si ___ tiempo

(especifique): _____

◇ Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si ___ No ___

4. Patrón de Actividad y Ejercicio

a) Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas:
Sí ___ No ___ especifique (palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso
necesidad de parar la acción) _____

b) Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No ___ si ___ especificar (fatiga,
disnea al caminar, al comer, subir escalera, al estar acostado, a qué
distancias) _____

c) Referencia de cambios en estado vascular periférico: no ___ si ___
especifique: distensión venosa yugular ___, equimosis ___, hematomas ___,
varicosidades ___, red venosa alterada ___, parestesias ___, otro _____

d) Referencia de cambios neuromusculares: no ___ si ___ especifique
calambres ___ disminución de la sensibilidad ___ dolor ___, limitación del
movimiento ___, antecedentes de fracturas _____

e) En los tiempos libres qué actividades realiza: domésticas ___ recreativas ___
especificar (salida, paseo, ver televisión, etc.) _____

		0	1	2	3	4
Baño/Higiene						
Comer/beber						
Vestirse/arreglarse						
Evacuación	Intestinal					
	Vesical					
Caminar						
Limpieza/Arreglo del hogar						
Ir de compras						
Cocinar						
Subir escaleras						
Movilizarse en cama						
Trabajar						

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda.

0= Independiente de otros	1= Con aparato auxiliar	2= Ayuda de otros
3= Ayuda de otros y equipo	4= Dependiente/incapacitado	

5. Patrón de sueño y Descanso

a) Hábito: horas de sueño nocturno _____ horario de sueño _____

b) Siesta: No ___ Sí___(especifique tiempo)_____

c) Apoyos para dormir (medicamentos, música, luz, etc.)
especifique_____

d) Referencia de: cambios de humor___bostezos___ ojeras___especifique

_____ (en relación al sueño)

6. Cognitivo-Perceptivo

◇ Audición: dentro de límites normal ___ alteración ___ sordera ___
zumbidos ___ auxiliares Auditivos(en todos especifique derecho-
izquierdo) _____

◇ vértigo: Sí ___ No ___ molestias y/o dolor: ninguna ___ agudo ___
crónico ___ (tipo medidas de control del dolor y/o que lo exacerba)

◇ Visión: dentro de límites normal ___ alteración ___ ceguera
prótesis
◇ auxiliares externos (especifique tipo y lado: derecho- izquierdo) _____

◇ Olfato: problemas para distinguir olores Sí ___ No ___ (especifique) _____

◇ Memoria referencia de alteración: no ___ Sí _____

◇ En orientación: no ___ si ___ especifique _____

◇ En lenguaje: cambios en tono de voz ___ cambios en la fluidez del
discurso ___ alteraciones: _____
(especifique) _____

Cambios en sensibilidad (al tacto, frío y calor, dolor) no ___ si ___ (especifique)

◇ Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.)
(especifique) _____

◇ Dificultad para tomar decisiones: no ___ si ___ (especifique) _____

Nota: Sí se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes".

7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- ◇ Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización___
enfermedad___ económicas___ de autocuidado___ de empleo___
amputaciones___ cicatrices_____
especifique_____
- ◇ Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste _____

_____ (especifique).
- ◇ Descripción como persona: alegre___ seria___ temerosa___ optimista___
irritable___ otros (especifique la que refiera más)_____
- ◇ Conformidad con lo que es: Sí___ No ___ especifique _____

- ◇ Pérdida de interés por las cosas: No___ Sí___ (especifique)_____

- ◇ Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión No___ si___ (especifique)

- ◇ Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: No___ Sí___
(especifique)_____
- ◇ Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento
(especifique)_____

8. Patrón de Rol-relaciones

- ◇ Profesión y/o ocupación _____
situación actual: empleado___ desempleado___
incapacidad___ pensionado___ jubilado

◇ Sistemas de apoyo: (con quién vive) cónyuge___ vive solo___
vecinos___ amigos___

◇ vive con familia: No. Miembros_____ (especifique; edad, sexo, ocupación)

SIGLAS	EDAD	SEXO	OCUPACION	PARENTESCO

◇ Papel que desempeña en la familia: dependiente___ proveedor___
cuidador principal___ algún problema por ello_____
ingreso económico mensual aproximado_____

◇ Dificultad para comunicarse: No___ Si___ (especifique con quién, y a qué
lo atribuye)_____

◇ Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No___ si___
especifique_____

◇ Referencia de amistad con vecinos: Sí___ No___
especifique_____

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

◇ Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: Sí___ No___
(especifique)_____

sin vida sexual activa___ (nubil) ciclo menstrual: regular___ irregular___

◇ Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí___ No___
(especifique)_____

◇ Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí___ No___

◇ Examen cérvico vaginal/prostático anual: Sí___ No___ fecha del último

_____ Referencia de resultados: _____

- ◇ Examen Testicular mensual: no__si__ no corresponde__ fecha del último _____ y resultados _____
- ◇ Algún problema detectado: no__si__ (especifique) _____
- ◇ Presencia de: flujos Sí__ No__ (especifique) _____
Menarquia: _____ embarazada _____ FUM _____
FPP _____ Gestas: _____
Parto: _____ Abortos: _____
Cesáreas: _____ Menopausia _____
Andropausia: _____
- ◇ Prácticas de sexo seguro: NO__ SI__ especifique uso de condón__
una sola pareja__ abstinencia total__
Otros: _____
- ◇ Uso de algún método de planificación familiar: Sí__ No__
(especifique) _____

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- ◇ Expresión habitual de la tensión o preocupación: llanto__ ira__
congoja__ molestias físicas__ (especifique) _____

- ◇ Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira: beber alcohol__
leer__ comer__ fumar__ tomar medicamentos__ café__ especifique

Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés

1-2 veces al mes__ 1-2 veces a la semana__ diariamente__

11. Patrón de Valores y Creencias

- ◇ Prácticas de alguna religión: no___ si___ (especificar cuál)_____
- ◇ Restricciones por su religión no___ si___ Cuáles_____
- ◇ Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: no___ si___ (especificar cual)_____
- ◇ Valores morales más importantes_____

**II SECCIÓN
EXAMEN FÍSICO**

1. Aspecto General: edad aparente_____ aliñada: Sí ___ No___
Facies: dolor___ angustia___ aprensión___ otros (especifique)_____
Estado de ánimo: decaído___ irritable___ euforia___ especifique:_____
- Estado de conciencia: alerta ___ inconsciente___
- Responde a preguntas (colaborador) Sí___ no___
- Postura adoptada: Libres___ erguida___ semierguida ___ movimientos repetitivos___ Otros _____

2. Signos Vitales: * Temperatura___ °C Axilar___ rectal___ oral___
Pulso: _____
Respiración: _____
T/A: _____

* Especificar sitio de medición, postura y hora de medición.

3. Respiratorio/Circulatorio:

- ◇ Movimientos respiratorios: Expansión torácica. Sí ___ no ___
Asimetría ___ disociación ___ tiros intercostales ___ frémito ___
- ◇ Auscultación de campos pulmonares: sonidos presentes vesiculares/
broncovesiculares normales. ___ Anormales ___ sibilancias ___
roncus ___ crepitos ___ otros (especificar lado y regiones) _____

- ◇ Tos: no ___ si ___ seca ___ expectoración de secreciones ___ mucho
esfuerzo ___ otros _____
(describir características de esputo) _____
- ◇ Inspección y palpación de red venosa, no visible ___ telangiectasia ___
estado vascular periférico: varicosidades No ___ Sí ___
(especificar región, extensión, coloración y temperatura
local) _____

- ◇ Llenado capilar proximal _____ distal _____ (N=<3")
- ◇ Catéter vascular _____
(sitio, característica y fecha de instalación).

4. Patrón Nutricional Metabólico

- ◇ Peso ___ kg. talla ___ mts.
- ◇ Piel. Color _____ lesiones _____ cicatrices _____
edema _____ no ___ si ___ godette 1mm ___ 2mm ___ 3mm ___
fóvea: + ___ ++ ___ +++ ___
- ◇ Estado de uñas _____
(describir: sitio, diámetro, aspecto, profundidad, etc.)
- ◇ Cabeza: cuero cabelludo. Hidratado ___ prurito ___ zona dolorosas

_____(especificar si hay alteraciones; protuberancias,
hundimiento, heridas, proporciones, etc.)

◇ Mucosas. bucofaríngea íntegra Sí___ No___ color___ lesiones no___
si___ hidratación_____ reflejo nauseoso___ obstrucción___
presencia de cánulas___ mascarillas___
catéter_____ (especificar).

Piezas dentarias. Íntegras no___ si___ (especificar piezas, sitio y tipo de
alteración)_____

Higiene adecuada no___ si___ (especificar presencia de detritus,
halitosis, etc

Abdomen: forma plano___ globoso___ excavado___ simetría: Sí ___ No___

Masas: No___ Si___ dolor: No___ si___ distensión No___ si___

Perímetro abdominal___ ruidos peristálticos: Presentes___ ausentes___
otros_____

(visceromegalios, cicatrices, ostomías, etc.)

* Especificar en todos los hallazgos: región, diámetro, tonos y características

Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.

b) Patrón de Eliminación

◇ Intestinal y Urinario Defecaciones: frecuencia___ características normal
si___ no___ especificar: duras___ semilíquidas___ líquidas___ con sangre___
parásitos___ s/pastosas___ c/dolor___ cantidad_____
Región perianal: íntegra___ con lesiones___ (describir)_____

- ❖ Orina: frecuencia características normal Sí___ No___
(especificar; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión)._____
- ❖ Región Perineal: íntegra ___con lesiones___ (describir)_____
- ❖ Presencia de sondas u otros dispositivos: No___ Sí ___ (especificar tipo y estado de la región)_____
- ❖ Sudoración: observar presencia y olor: Sí No (describir sitios)_____

Nota: Inspección y auscultación de región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de este patrón desde el momento de la historia de Enfermería)

c) Patrón Cognitivo-Perceptivo

Visión - Audición Olfato y Tacto.

- ❖ Agudeza visual 20/20 (6 mts.)___ (adulto) alterada___ (especificar OD/OI reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos ojos___ asimétricos (diámetro ●●●●) ojos limpios___ Secreciones___ conductos lagrimales permeables: Sí___ No___ obstrucción___ ceguera total___ lesiones___ (especificar en todos)_____
- ❖ Oído Externo: íntegro___ (forma, proporción)_____ Alteraciones _____ (especificar: deformidades, hiperemia, obstrucción, etc.)_____

Limpios Si ___ No ___ Audición intacta al susurro__prueba del diapasón__ Sí___ No___ (especificar; a + de 30 cms, lateralización, derecho/izquierdo)._____

◇ Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (alcohol y pluma de algodón) Sí___ No___ Alteración (especificar)_____

◇ Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Si___ No___ (especificar)_____

◇ Al dolor estimar intensidad con escala del 0-5: (0 = tolerable, 5 = intolerable)

◇ Memoria: intacta___ alterada___ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) _____

◇ Orientación: Intacta __ alterada__ especifique: tiempo__ lugar__ persona__
Estimar con repeticiones: mesa = 0 León = 1 Guante = 2 Total 3 puntos__
Estimar con respuestas a: su nombre = 0 día = 1 lugar = 2 total 3 puntos__

d) Patrón Actividad - Ejercicio

Capacidad de movilización: Completa___ Incompleta___ (describir de acuerdo a arco de movimientos en articulaciones)_____

Marcha: estable___ Inestable___(utilizar prueba sí es necesario) Con aditamentos___ (especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos, etc.)_____

Fuerza en manos: Igual___ fuerte___ débil___ piernas___ igual___ fuerte___ débil___ (especificar; contrarresistencia, contragravedad, la presión, etc.)_____

Reflejos osteotendinosos:

- Bicipital Presente _____ Ausente _____

- Rotuliano _____ Ausente _____

- Aquiliano _____ Ausente _____

Otros (describir en c/u, respuesta al estímulo)

Ausencia de Miembro _____ total _____ parcial _____ especificar región y tipo _____

Parálisis: especificar lugar y magnitud _____

Lesiones en sitios de presión: _____

(describir, tipo y estadio, valorando desde occipucio hasta talón de aquiles).

e) Patrón de Sexualidad-Reproducción

Integridad de genitales externos Sí ___ No ___ (especificar; lesiones episorrafias, circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, olor, características morfológicas) _____

Reflejos cremasteriano Si ___ No ___ no corresponde _____

Mamas: Forma _____ simetría ___ tipo _____

piel _____ prominencias _____

Galactorrea ___ Cadena ganglionar palpable: Sí ___ No ___ Dolor no ___

Sí _____ Nivel (0-5) _____

III SECCIÓN

DATOS OBJETIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS. Anotarlos relacionándolos con áreas de patrones de salud.

1. Patrón Nutricional-Metabólico:

Resultados de Exámenes de Laboratorio; Biometría Hemática, Química Sanguínea, Glucemia,

Otros _____

(Listar)

2. Patrón de Eliminación Exámenes: Coproparasitoscópico, coprocultivo, guayaco, Otros_____

General de orina, urocultivo, creatinina urea, nitrógeno v. u electrolitos, otros

3. Patrón de Actividad - Ejercicio

Exámenes. Enzimas cardíacas, gases arteriales, p. de coagulación, otros_____

(pruebas de esfuerzo, EKG, pruebas de función pulmonar).

4. Resultados de estudios citológicos, patológicos, y/o de imagenología (papanicolau, biopsias, exudados, Rx, Tac, ultrasonidos, etc.); se anotarán las interpretaciones que halla descrito el profesionalista que lo realizó y/o quién firme el documento consultado y se enlistarán de acuerdo al área patrón.

CUESTIONARIO PORTATIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

ERRORES _____

1. Fecha de hoy: DD _____ MM _____ AA _____
2. Día de la semana de hoy: _____
3. Nombre del lugar: _____
4. Número de teléfono: _____
- 4-a. Dirección (si no tiene teléfono): _____
5. Edad: _____
6. Fecha de nacimiento: _____
7. Nombre del presidente actual: _____
8. Nombre del presidente anterior: _____
9. Nombre de la madre: _____
10. Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente: _____

Instrucciones para completar el cuestionario

Plantee al sujeto las preguntas del 1 al 10 de la lista y registre todos los errores. Para ser realizado de forma correcta las respuestas deben ser dadas sin referencia al calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda para la memoria.

La pregunta 1, se considera correcta solamente cuando son dados correctamente la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 2, se define por sí sola.

La pregunta 3, se considera correcta si brinda cualquier descripción correcta del local. "Mi casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.

La pregunta 4, se considera correcta cuando puede ser verificado el número.

La pregunta 4^a, se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono.

La pregunta 5, se considera correcta cuando la edad mencionada se corresponde con el año de nacimiento.

La pregunta 6, se considera correcta solamente cuando son dados la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 7 y 8, solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La pregunta 9, no requiere ser verificada. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10, requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser considerada válida. Cualquier error el intentar la serie inválida el resto.

Puntajes del cuestionario.

La educación influye sobre el rendimiento en la prueba y por lo tanto debe ser tomada en cuenta al realizar la puntuación. A los efectos de realizar la puntuación se han considerado tres niveles educacionales: a) personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar; b) personas que han cursado estudios secundarios en forma parcial o completa; y c) personas que han recibido educación superior.

Para los sujetos con nivel de educación secundaria rigen los siguientes criterios:

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal

3-4 errores: alteración intelectual leve

5-7 errores: alteración intelectual moderada

8-10 errores: alteración intelectual severa

* Se permite un error más si la persona ha tenido solamente educación escolar, y un error menos si ha recibido educación más allá de la secundaria

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	no
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	si	NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	no
9. ¿Prefiere quedarse en el albergue que salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	no
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	no
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	no
14. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	no

Si las respuestas coinciden con alternativas en negrita anotar un punto.

Valoración de resultados:

0-5 = Normal

5-10 = Depresión Moderada

+ 10 = Depresión Severa

TEST DE TERMINE, DIRECCIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL

Marque solamente las respuestas afirmativa	Si
Padezco de una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2
Consumo menos de 2 comidas diarias	3
Consumo pocas frutas, verduras y productos lácteos.	2
Consumo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente	2
Tengo problemas dentales o bucales que dificultan mi alimentación	2
No siempre dispongo del dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito	4
Como solo la mayoría de las veces	1
Consumo 3 o más medicamentos recetados, o por mi cuenta	1
Sin habérmelo propuesto, he perdido o aumentado 5 kilos en los últimos 6 meses	2
No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar y/o alimentarme por mi mismo	2
Puntaje Total	

Evaluación de resultados:

0-2 sin riesgo nutricional

3-5 moderado riesgo nutricional

6 o más alto riesgo nutricional

INDICE DE KATZ, ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

LAVADO		
<input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma de bañarse).	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (ej. espalda o piernas)	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
VESTIDO		
<input type="checkbox"/> Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE		
<input type="checkbox"/> Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o sillas de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándola por la mañana.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	<input type="checkbox"/> No va al baño

MOVILIZACION		
<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	<input type="checkbox"/> Movilización con ayuda	<input type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
CONTINGECIA		
<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.	<input type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
ALIMENTACION		
<input type="checkbox"/> Sin ayuda	<input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

VALORACION

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independientes en todas, salvo en una de ellas.
- C. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.
- D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso de inodoro y otra más
- E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otra más.
- F. Dependiente en las 6 funciones

Otras dependientes al menos en dos funciones pero no clasificable como C, D, E, o F.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan la comida	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras persona	1

Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, banco.	1
Incapaz de manejar dinero	0

VALORACION DE RESULTADOS

- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
- 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades.
- 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales.

INDICE DE BARTHEL, VALORACION DE LA DISCAPACIDAD FISICA

Comer

10. Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada por otra persona.
1. Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona. _____

Lavarse (bañarse)

5. Independiente. Capaza de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión. _____

Vestirse

10. Independiente. Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé, etc., sin ayuda.
5. Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de tareas de un tiempo razonable.
0. Dependiente. _____

Arreglarse

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda. _____

Deposición

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselo por sí solo.
5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0. Incontinente Incluye administración de enemas o supositorios por otro _____

Micción (Valorar la situación en la semana previa)

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5. Accidente ocasional. Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.

0. Incontinente. Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse. _____

Ir al baño

10. Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa una bacinilla (orinal, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0. Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor. _____

Trasladarse sillón/cama

15. Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza al apoya piés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10. Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5. Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.
1. Dependiente. Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado. _____

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede caminar el menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.), excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10. Necesita ayuda. Supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayuda para permanecer de pie (andador).
5. Independiente en silla de ruedas en 50 m. debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro. _____

Subir y bajar escaleras

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
5. Necesita ayuda. Supervisión física o verbal.
1. Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

Puntuación total _____

PUNTUACIÓN ORIENTADORA DEL GRADO DE DEPENDENCIA:

- < 20 = Dependencia Total*
- 20-40 = Dependencia Grave*
- 45-55 = Dependencia Moderada*
- 60 o más = Dependencia Leve*

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos.

	FECHA			
EQUILIBRIO SENTADO				
Se inclina o se desliza en la silla	0	0	0	0
Firme y seguro	1	1	1	1
LEVANTARSE				
Incapaz sin ayuda	0	0	0	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1	1	1	1
Capaz sin utilizar los brazos	2	2	2	2
INTENTOS DE LEVANTARSE				
Incapaz sin ayuda	0	0	0	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1	1	1	1
Capaz de levantarse con un intento	2	2	2	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE				
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0	0	0	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos	1	1	1	1
Estable sin usar bastón u otros soportes	2	2	2	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION				
Inestable	0	0	0	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte	1	1	1	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2	2	2	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).				
Tiende a caerse	0	0	0	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1	1	1	1
Firme	2	2	2	2
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)				
Inestable	0	0	0	0
Estable	1	1	1	1
GIRO DE 360°				
Pasos discontinuos	0	0	0	0
Pasos continuos	1	1	1	1

Inestable (se agarra o tambalea)	0	0	0	0
Estable	1	1	1	1
SENTARSE				
Inseguro	0	0	0	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1	1	1	1
Seguro, movimiento suave	2	2	2	2

Total _____

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

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

	FECHA			
COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")				
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0	0	0	0
No vacilante.....	1	1	1	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO				
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0	0	0	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo	1	1	1	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0	0	0	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1	1	1	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0	0	0	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1	1	1	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0	0	0	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1	1	1	1

SIMETRIA DEL PASO				
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0	0	0	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1	1	1	1

CONTINUIDAD DE LOS PASOS				
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0	0	0	0
Los pasos son continuos.....	1	1	1	1

TRAYECTORIA				
Marcada desviación.....	0	0	0	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1	1	1	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2	2	2	2

TRONCO				
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0	0	0	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1	1	1	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2	2	2	2

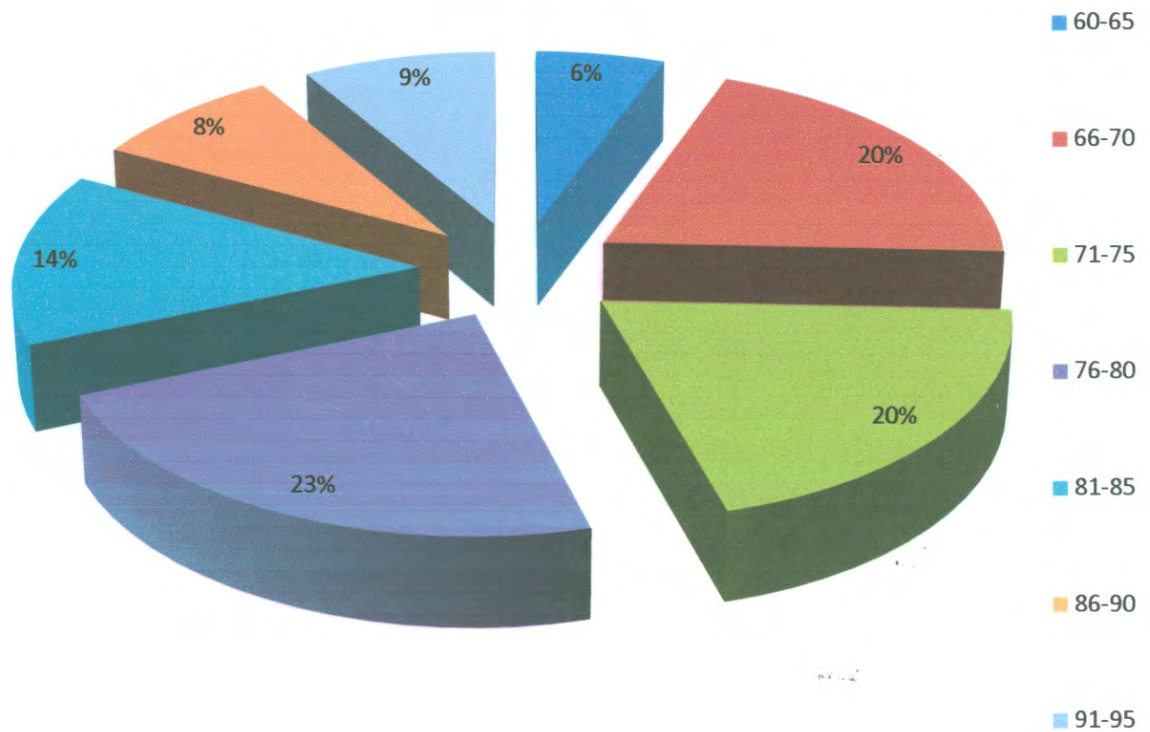
POSTURA EN LA MARCHA				
Talones separados.....	0	0	0	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1	1	1	1

Total _____

APÉNDICES

Gráfico 1

EDAD

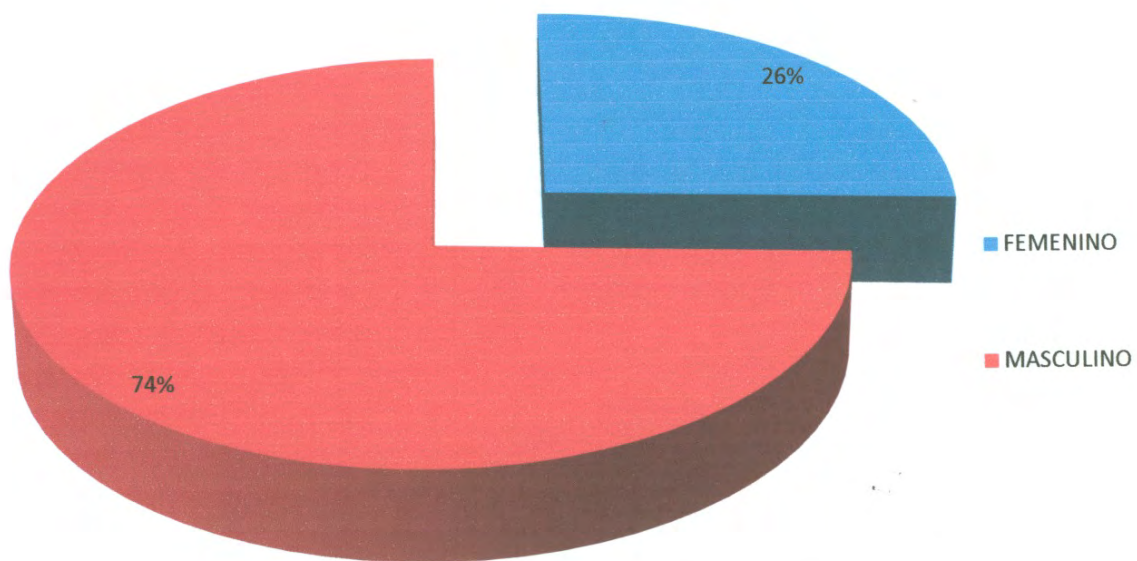


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 2

SEXO

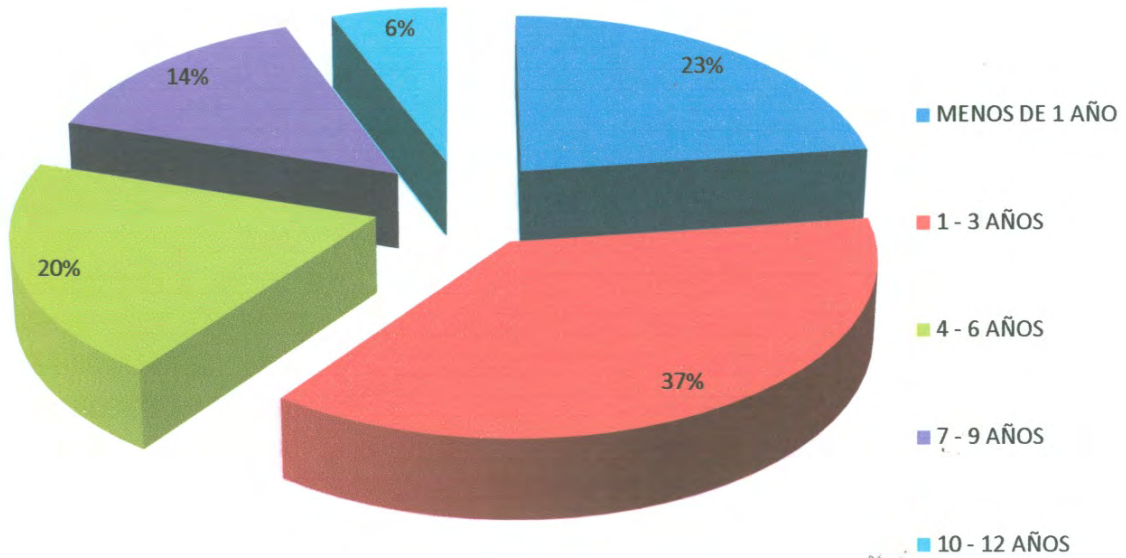


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 3

TIEMPO DE ESTANCIA EN EL CENTRO

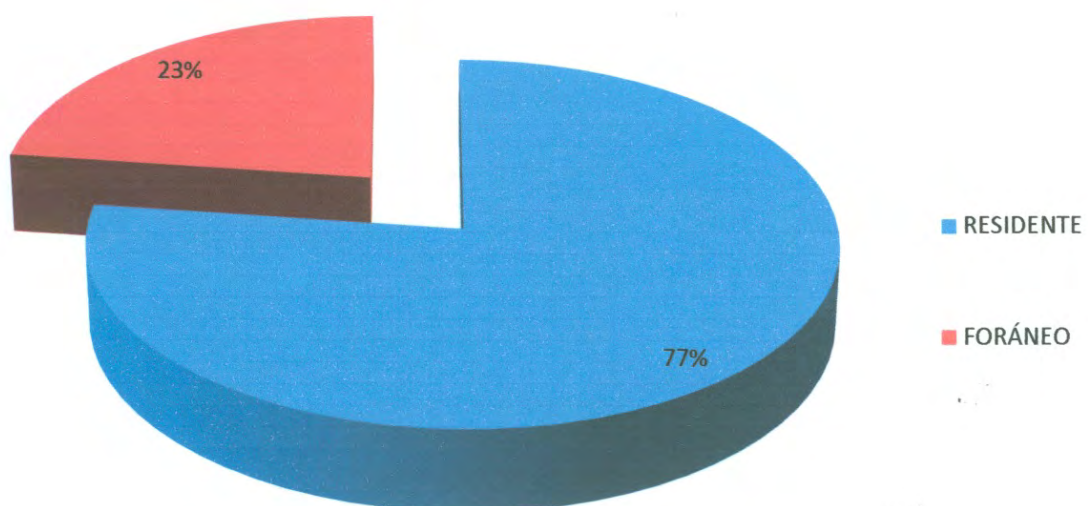


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 4

LUGAR DE PROCEDENCIA

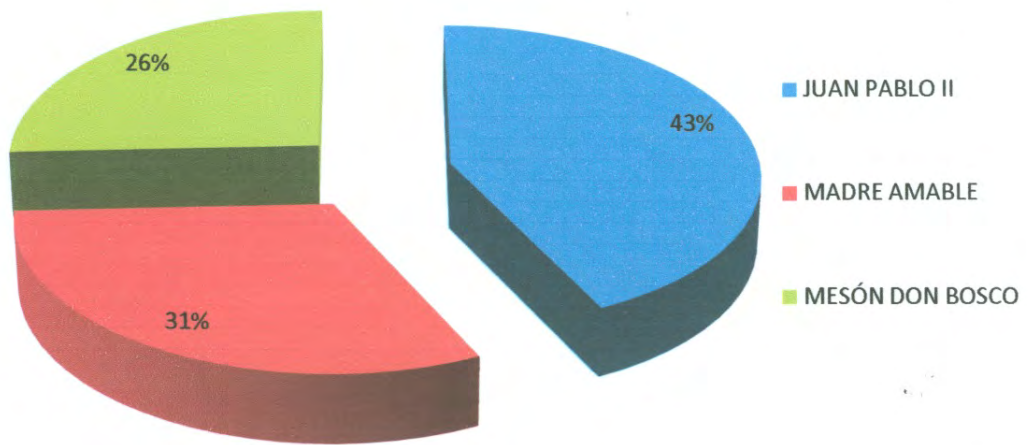


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 5

CASA HOGAR DE RESIDENCIA

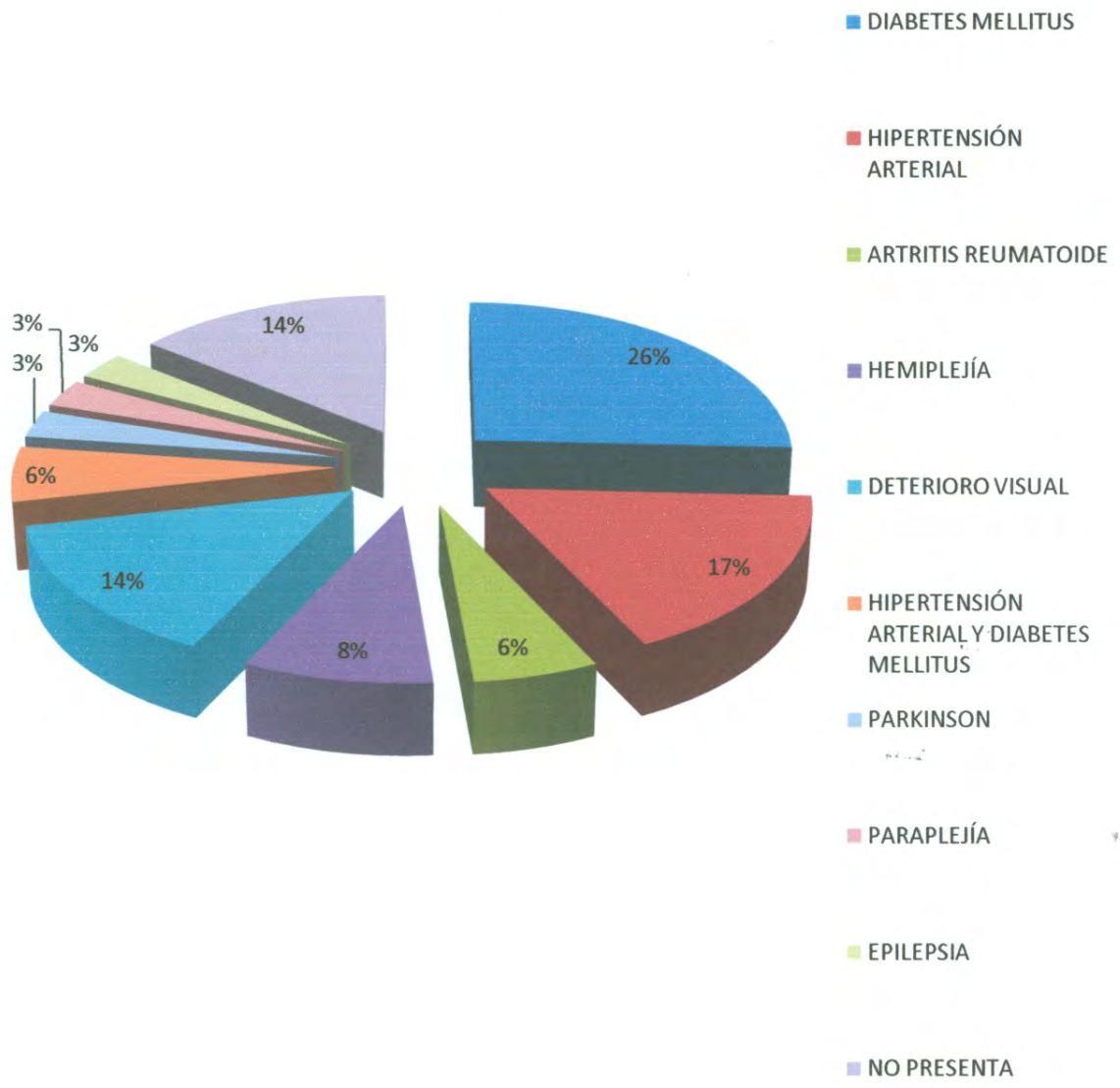


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 6

PROBLEMAS DE SALUD

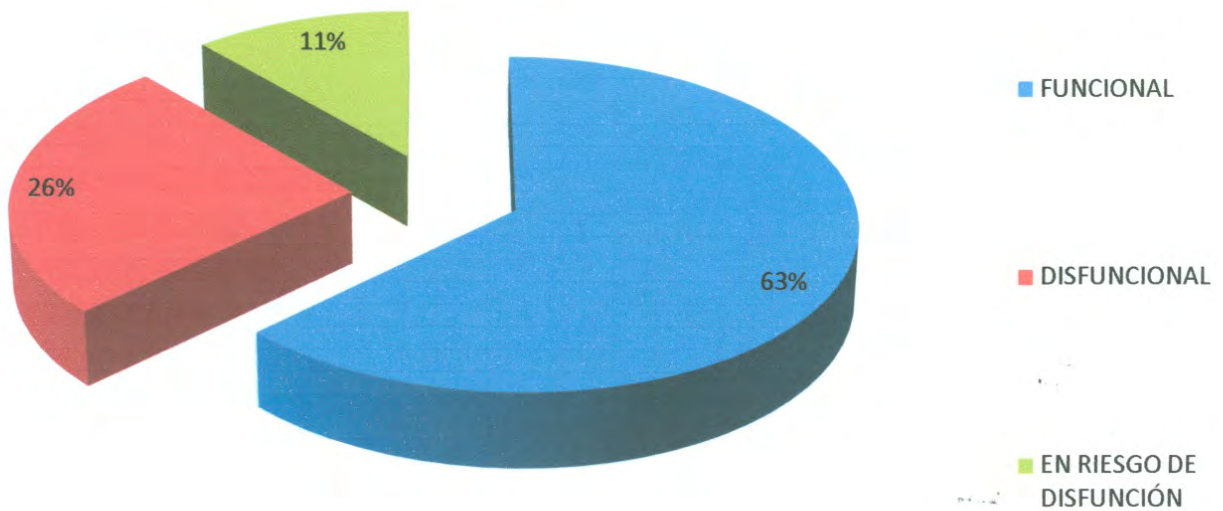


Fuente: Valoración Gerontogerítrica

N = 35

Gráfico 7

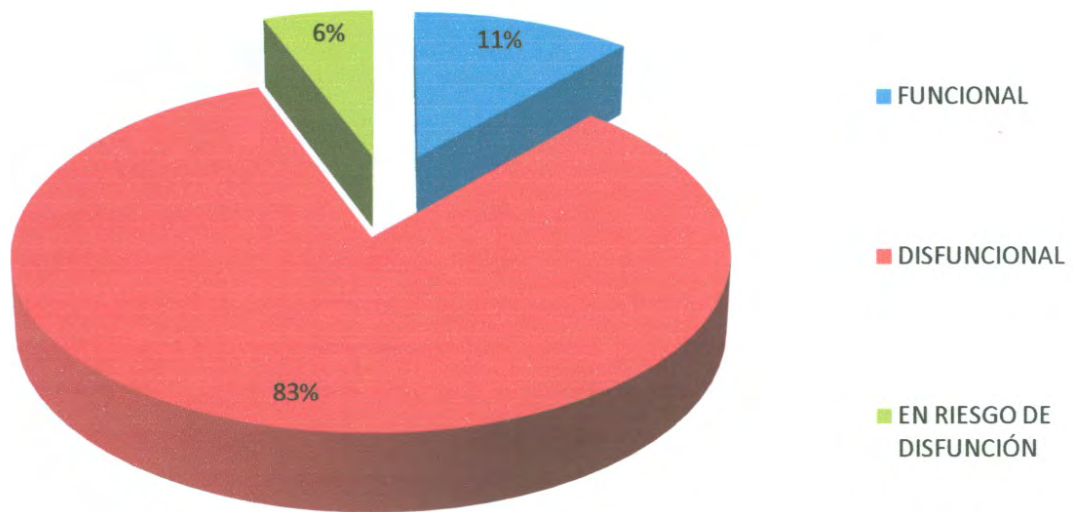
PATRÓN MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 8

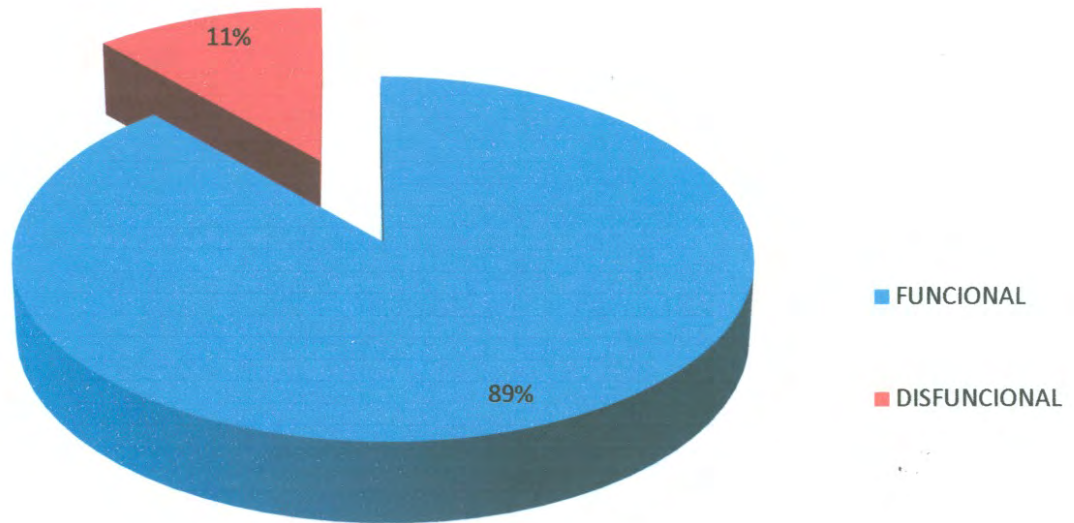
PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 9

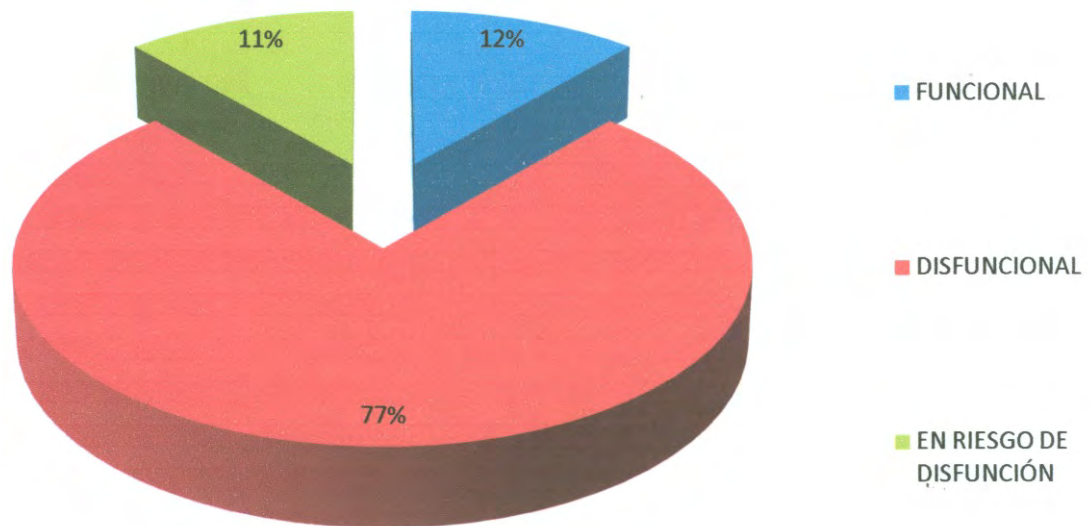
PATRÓN DE ELIMINACIÓN



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 10

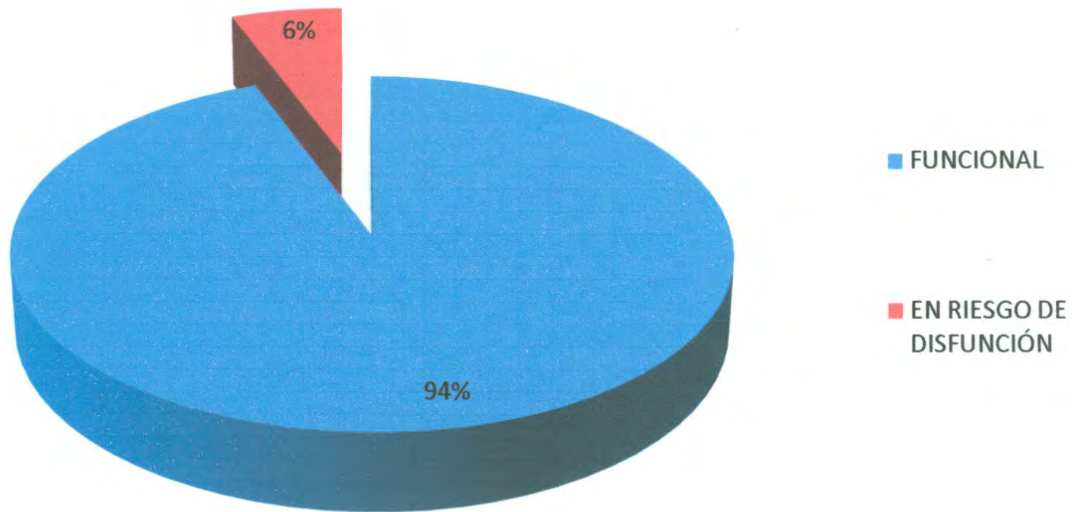
PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 11

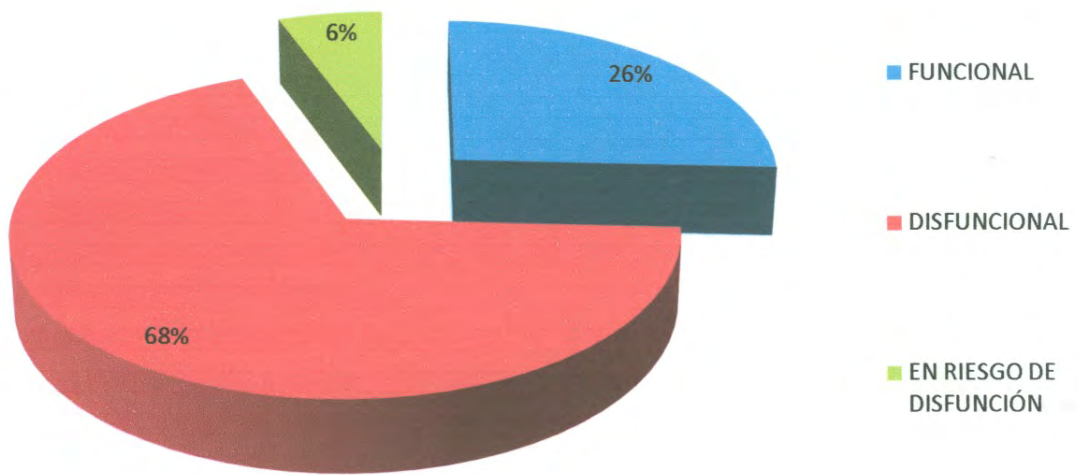
PATRÓN SUEÑO DESCANSO



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 12

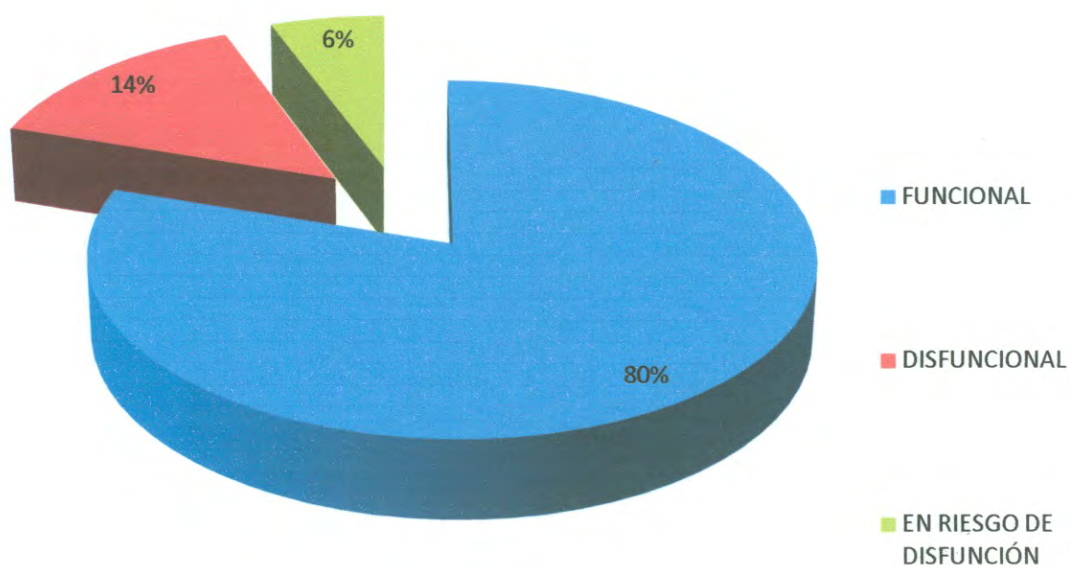
PATRÓN COGNITIVO PERCEPTIVO



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 13

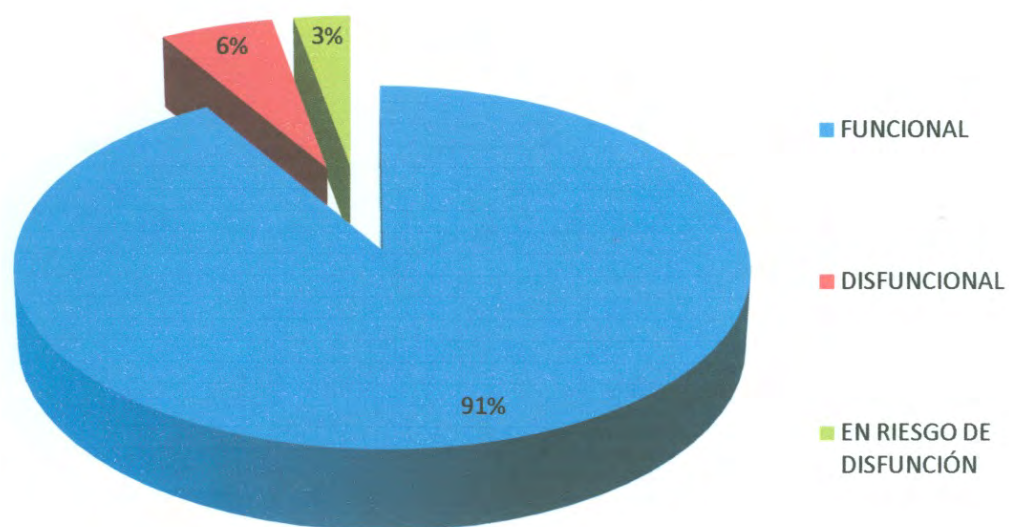
PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SI MISMO



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 14

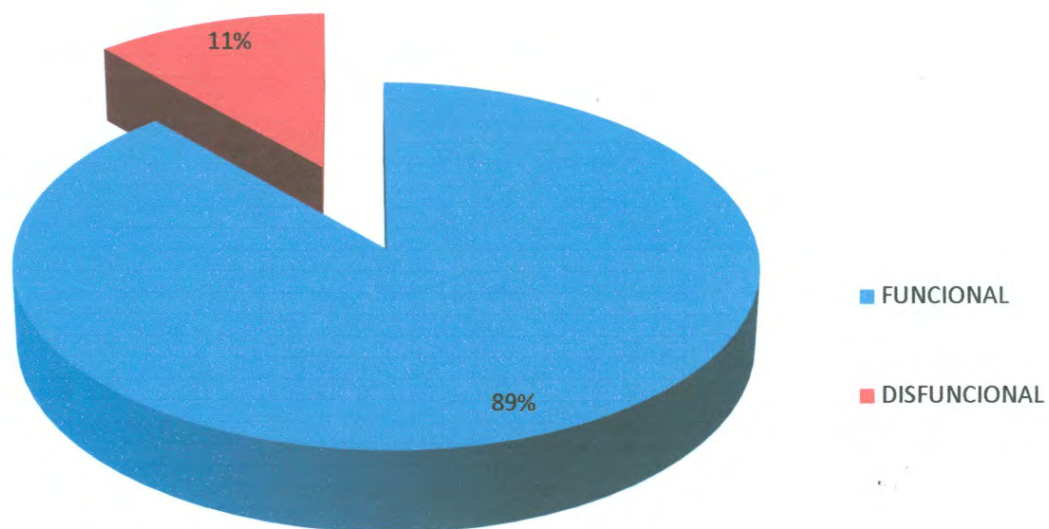
PATRÓN ROL RELACIONES



Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35

Gráfico 15

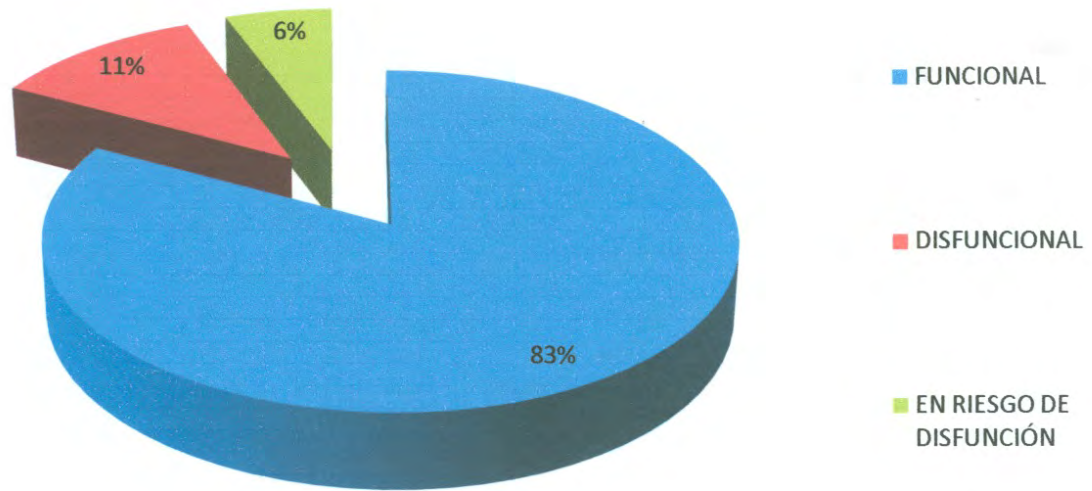
PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN



**Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35**

Gráfico 16

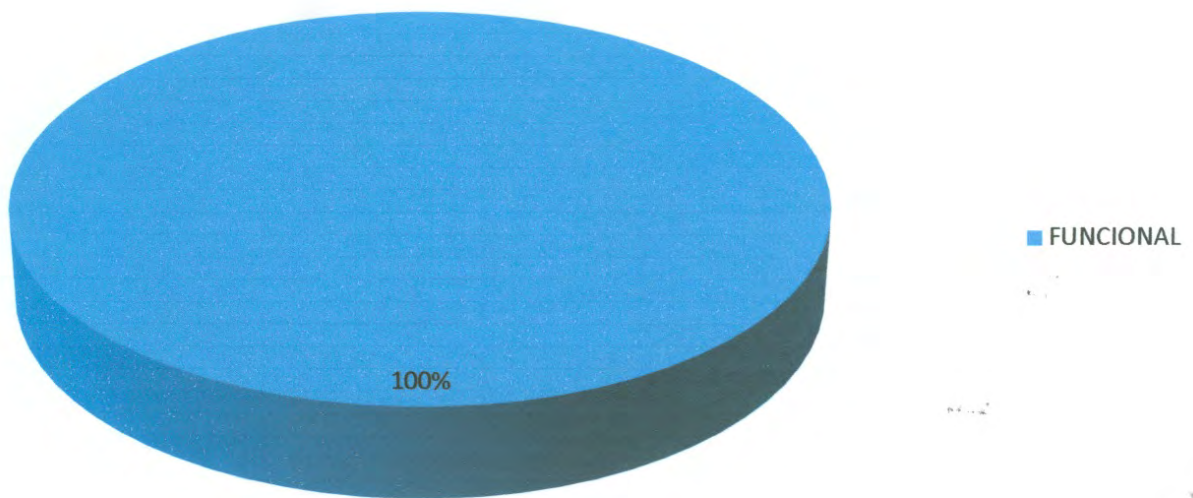
PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS



**Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35**

Gráfico 17

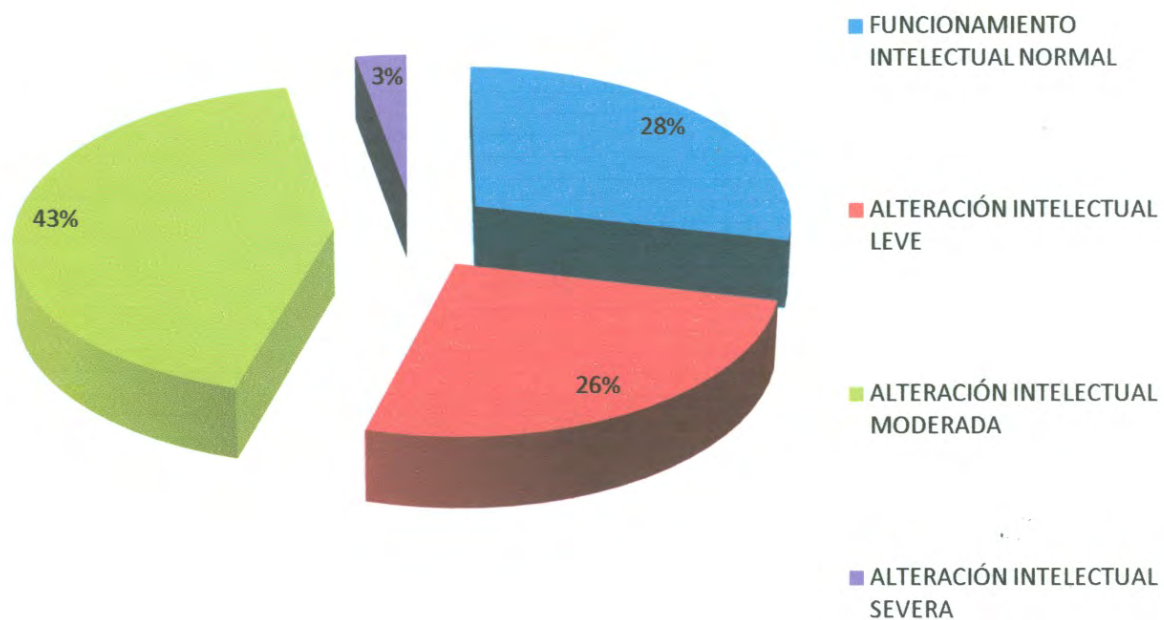
PATRÓN VALORES Y CREENCIAS



**Fuente: Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
N = 35**

Gráfico 18

ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

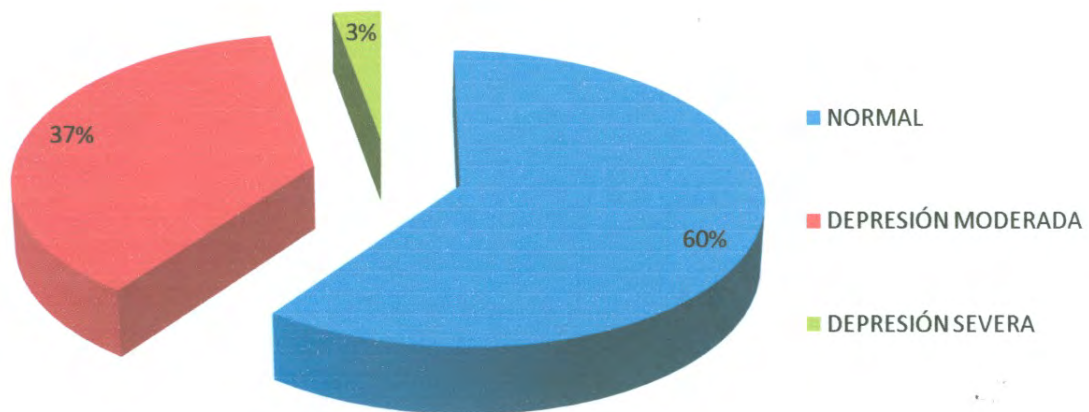


Fuente: Valoración del estado mental de Pfeiffer

N = 35

Gráfico 19

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

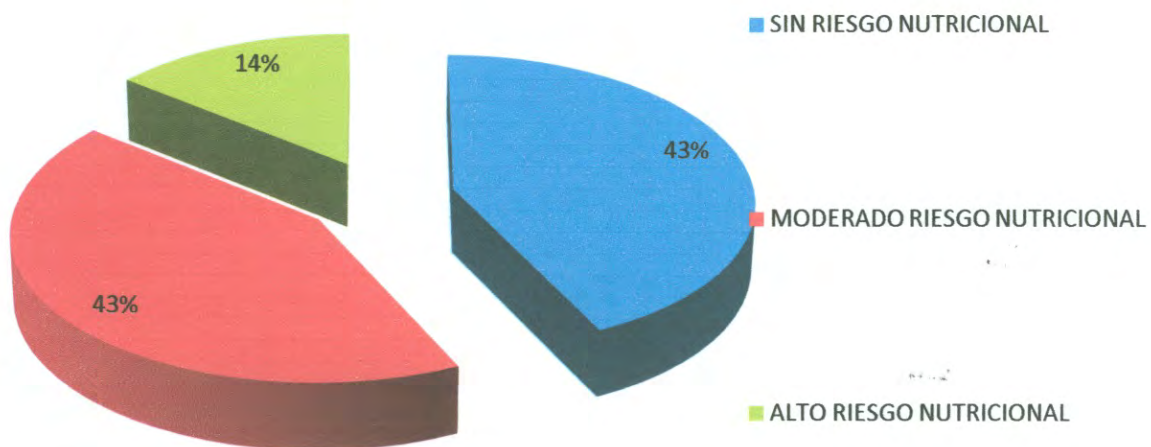


Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

N = 35

Gráfico 20

TEST DE TERMINE, DIRECCIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL

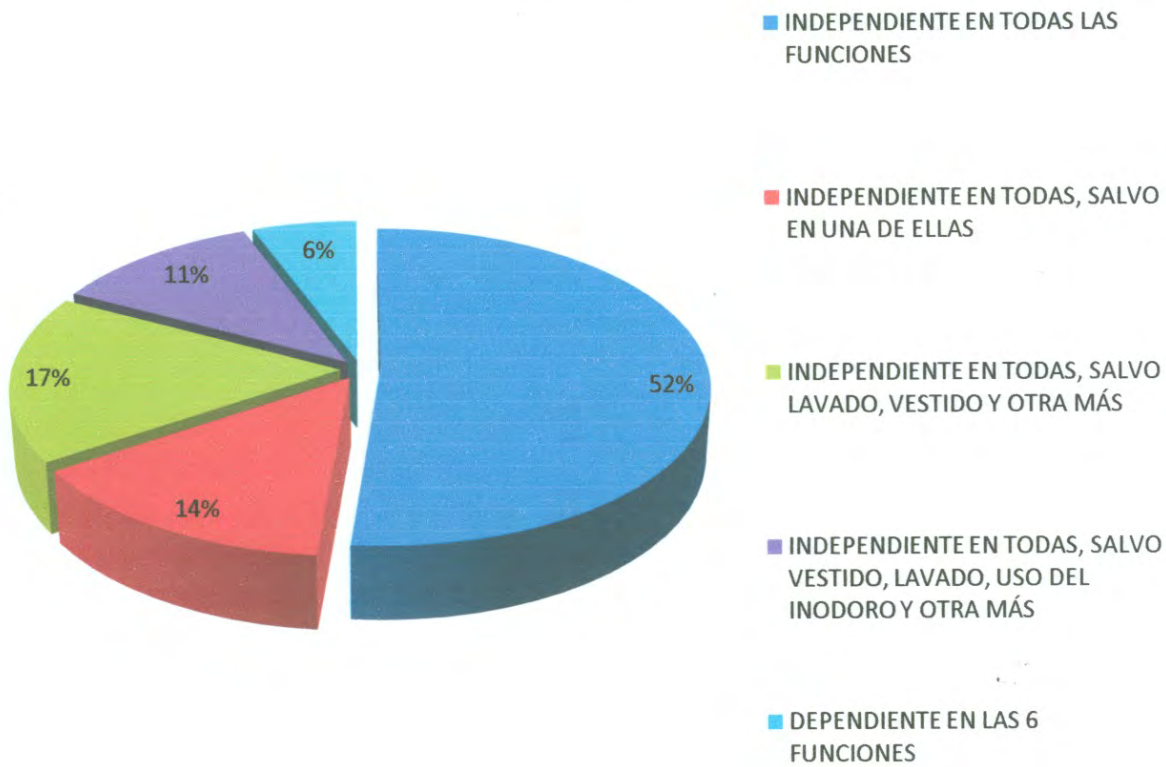


Fuente: Test de Termine de riesgo nutricional

N = 35

Gráfico 21

ÍNDICE DE KATZ, ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

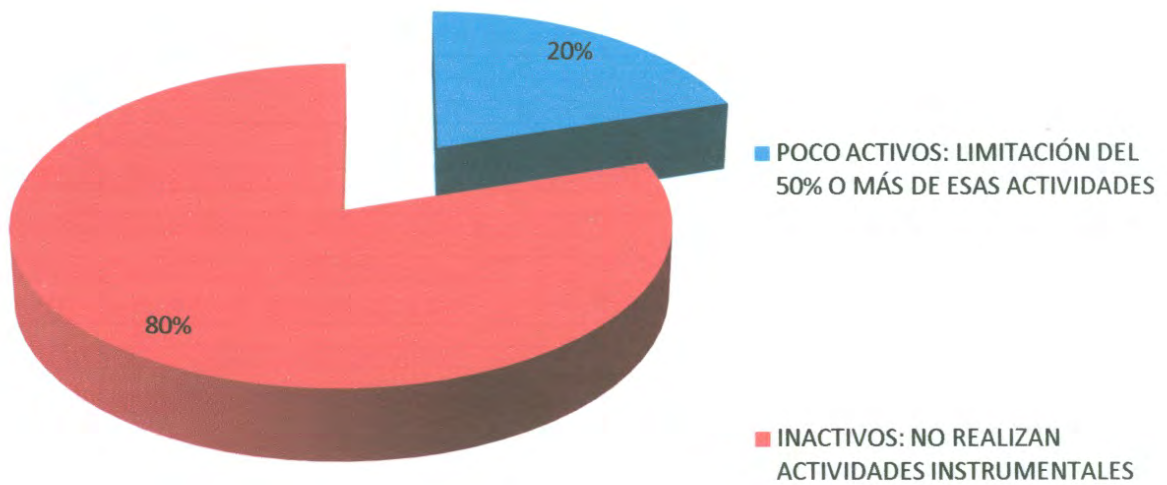


Fuente: índice de Katz (ABVD)

N = 35

Gráfico 22

ESCALA DE LAWTON Y BRODY, ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

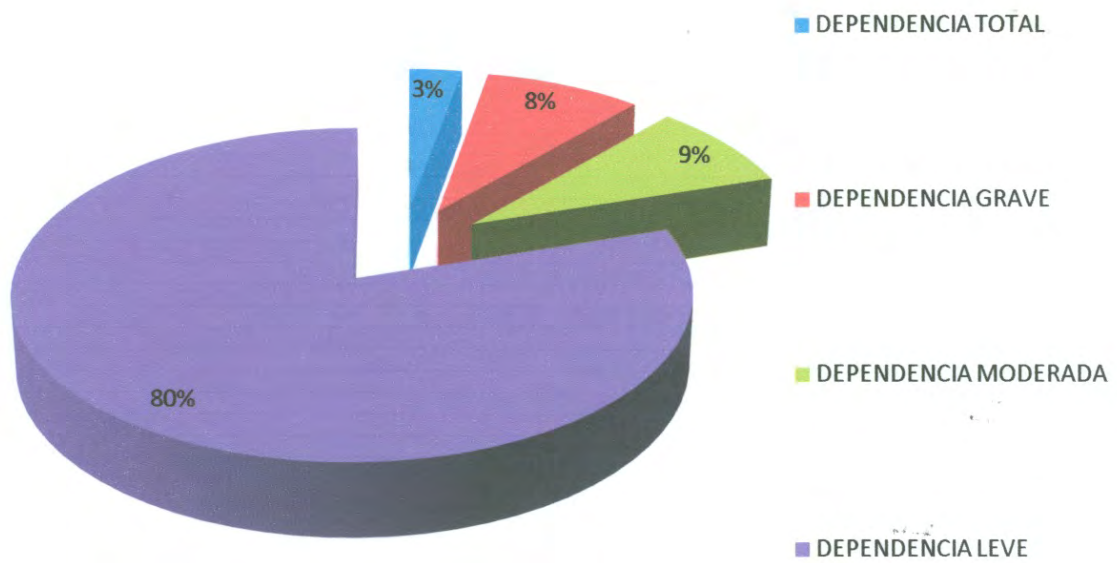


Fuente: Escala de Lawton y Brody (AIVD)

N = 35

Gráfico 23

ÍNDICE DE BARTHEL, VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

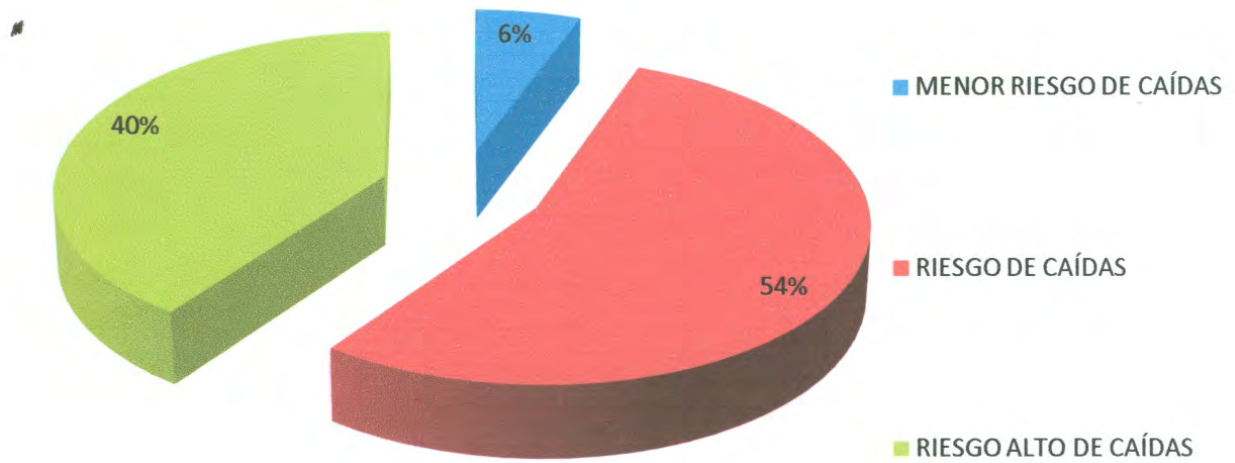


Fuente: índice de Barthel

N = 35

Gráfico 24

ESCALA DE TINETTI. MARCHA Y EQUILIBRIO

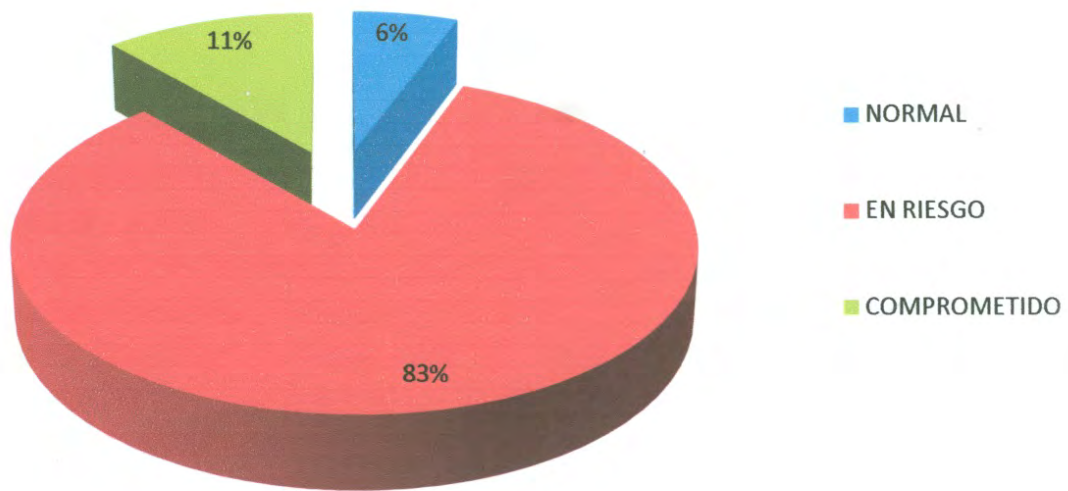


Fuente: Escala de Tinetti, marcha y equilibrio

N = 35

Gráfico 25

VALORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

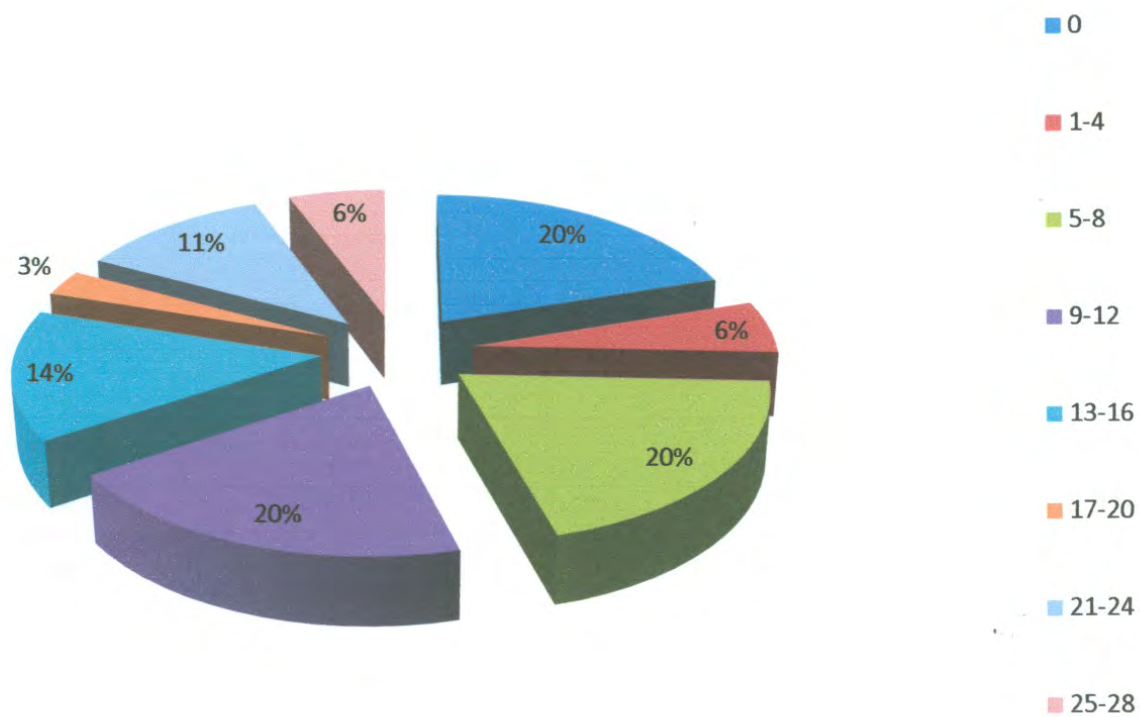


Fuente: Guía de valoración de la cavidad oral

N = 35

Gráfico 26

NÚMERO DE PIEZAS DENTARIAS POR USUARIO



Fuente: Guía de valoración de la cavidad oral

N = 35

CUESTIONARIO DE BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE CASAS HOGAR



Fecha de valoración: ____/____/____
Hora: _____

Nombre: _____

Edad cronológica: _____ Edad aparente: _____

Sexo: F M

Casa Hogar: _____

Tiempo de estancia en la casa hogar: (Años ____/Meses ____/Días ____)

Motivo de ingreso:

Antecedentes personales:

-Antecedentes patológicos:

-Antecedentes no patológicos:

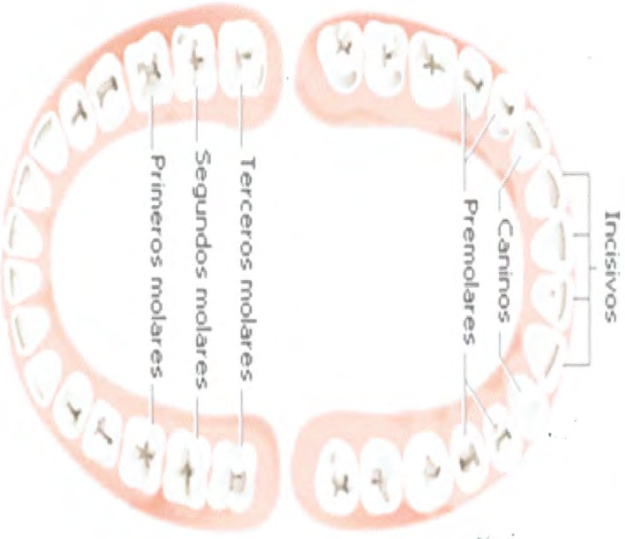
-Antecedentes Heredofamiliares:

VALORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

Nombre del Usuario: _____ Edad: _____ Centro: _____

Categoría	Instrumento de valoración	Métodos de medida	Valoración Numérica		
			1	2	3
DEGLUCIÓN	Visual/ observación	Pedir al paciente que degluta	Deglute normalmente	Ligero dolor al deglutir	Incapaz de deglutir
LABIOS	Visual/Palpación	Observar y palpar suavemente el tejido.	Rosados, húmedos y suaves	Pálidos, secos y partidos	Agrietados, ulcerados y sangrando
LENGUA	Visual/Palpación	Palpar y observar la apariencia del tejido.	Movilidad, rosada, húmeda, y con presencia de papilas gustativas	Cubierta con secreciones o sin papilas, apariencia brillante con o sin eritema	Con pápulas y agrietada
SALIVA	Abatelengua/visual	Insertar el abatelengua en la boca, tocar el centro de la lengua.	Líquida, cristalina	Blanquecina, espesa y pegajosa.	Ausente
MEMBRANA MUCOSA	Visual	Observar la apariencia del tejido	Rosa y húmeda	Enrojecida o cubierta de secreciones	Ulceraciones con o sin sangrado.
GINGIVA	Abatelenguas/ visual	Presione suavemente con la punta del abatelengua	Rosada y firme	Edematosa con o sin enrojecimiento	Sangrado espontáneo
PIEZAS DENTARIAS	Visual	Observar presencia y/o ausencia de las piezas dentarias y el área de contacto.	Limpias y sin residuos.	Placa o residuos en áreas localizadas	Placa o residuos a lo largo de la línea gingival y piezas dentarias, presencia de halitosis.

NOTA: INDIQUE LAS PIEZAS DENTALES CON LAS QUE CUENTA EL USUARIO, MARCANDO CON UNA X.



OBSERVACIONES:

RESPONSABLE: _____ SEMESTRE: _____ FECHA: _____