

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (UN MODELO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR)

Luz Marfa Vargas Esquivel*

RESUMEN

En los últimos años la valoración integral de las personas mayores está cobrando un auge especial en el campo de la gerontología como consecuencia de la profesionalización y especialización en este campo de atención. Sin embargo, se debe considerar que un elemento a resaltar en esta evaluación geriátrica es la capacidad funcional (física, mental, social y familiar) del adulto mayor, además de hacer posible la observación sistemática del proceso terapéutico y el resultado de las acciones médico-sociales, con el objetivo de impedir o al menos retardar, la aparición de incapacidades y posibilitar el poder programar el plan de atención de Enfermería en cualquier nivel de salud, incluso en el propio hogar del paciente.

La presente revisión pretende ofrecer un modelo sobre la valoración integral de las personas mayores basado en los enfoques psicológico y social, abarcando desde la propia metodología de evaluación, sistemas, métodos e instrumentos en cada una de las áreas principales: funciones cognitivas, psicoafectivas, salud, funcionamiento y apoyo social, la familia y sus necesidades.

Palabras Clave: *Transición demográfica, transición epidemiológica, salud, anciano, valoración, capacidad funcional.*

ABSTRACT

Over the past few years the integral valuation of the elderly people is taking a special place in the field of gerontology as consequence of the specialisation in this field of attention. However it should be considered that an important element in this geriatric evaluation is the functional capacity (physical, mental, social and familiar) of the old person. This ??? possible the systematic observation of the therapeutic process and the result of the socio-medical actions, with the ??? of stopping or at least slowing, the appearance of inabilities and it permits the programation of an attention plan in any level of health, even in the patient's home.

This work offer a model about the integral valuation of the elderly based on the psychological and social aspects, from the evaluation methodology, systems, methods and instruments in each one of the main areas: cognitive work, psychoaffective, health, operation and social support, the family and their needs.

Key Words: *Demographic transition, epidemiology transition, health, elderly, evaluation, functional capacity.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL XX DE XXXX DEL XXXX Y ACEPTADO EL XXXX DE XXXX DEL XXXX.

INTRODUCCIÓN

La atención para la salud del adulto mayor es compleja, ya que frecuentemente se piensa que el proceso normal del envejecimiento conlleva al individuo a un deterioro normal de sus funciones. Sin embargo, dicho proceso no afecta todas las funciones por igual, es decir, no todos los órganos se deterioran al mismo tiempo. Por otro lado, se debe considerar que dicho deterioro es multifactorial y que en esta etapa de la vida las enfermedades suelen presentarse con mayor cronicidad y evolucionar más rápidamente a la

dependencia. Cabe resaltar que estos factores se deben tomar en cuenta en el momento de hacer una valoración de la salud en esta población. Por tal motivo uno de los modelos más adecuados para medir la salud es el Bio-psico-social-funcional, entendiéndose esto último como: La capacidad funcional de atenderse así mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, además que ésta ha sido considerada como un indicador de evaluación de la salud, así mismo se tiene que el medir salud en términos de capacidad funcional proporciona diversas ventajas, una de ellas es permitir una razonable planificación de los servicios de salud a partir del conocimiento de necesidades de esta

*División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. E-mail: marymarvar@hotmail.com.mx

población y constituye las bases de sus demandas de servicios sociales y de salud. De ahí que la tendencia actual, es realizar una valoración geriátrica integral, ya que ésta es un proceso diagnóstico, multidimensional e interdisciplinario, destinado a medir las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan de atención ad-hoc para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo. Cabe resaltar que el equipo multidisciplinario encargado de realizar la evaluación del anciano estará integrado por: médicos geriatras, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, radiólogos, odontólogos, fisioterapeutas, nutriólogos y podólogos.

I. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

En las últimas décadas se han observado diversos fenómenos a nivel mundial como: la transición demográfica y epidemiológica. La primera transición se entiende como la disminución de la mortalidad y aumento de la natalidad, posterior decremento de la fecundidad y cambio de la pirámide de población (Figura 1) entre la que destaca el aumento porcentual y absoluto de las personas en edad avanzada¹⁻⁴. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja si más del 7% ó 10% de sus miembros tienen 65 años y más. En éste sentido, se observa que los cuatro países de América Latina y el Caribe que tienen mayor porcentaje de adultos mayores son: Uruguay (17.3%), Argentina (13.8%), Barbados (más del 13.2%) y Cuba con un 12.9%⁵ (Figura 2).

Con respecto a México, actualmente se estima que éste, será considerado como uno de los diez principales países más poblados en el mundo para el 2025, se estima que la población con más de 60 años alcanzará 15.2 millones para el año 2030⁶⁻¹⁴ (Tabla 1).

II. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO

El concepto de Transición Epidemiológica fue acuñado originalmente por Omran, quien lo define como un proceso que incluye una serie de cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población en particular, entraña un cambio en una dirección predominante de las enfermedades infecciosas relacionadas con carencias primarias (suministro de agua, nutrición, condiciones de la vivienda), a las enfermedades crónico degenerativas, los accidentes y los padecimientos mentales, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes^{14,15}.

Por lo que refiere a la morbi-mortalidad de la población en edad avanzada se observa que este grupo etáreo es más susceptible a desarrollar enfermedades ocasionadas por el desgaste acumulado por el paso de los años o bien por la manifestación de enfermedades de larga evolución, de ahí que Lozano en 1994 y Borges en 1998 señalaran que dichas patologías conllevan a desarrollar problemas no sólo de tipo médico, sino también económicos, legales y éticos; así como aumento en el uso de servicios médicos^{16,17}, esto

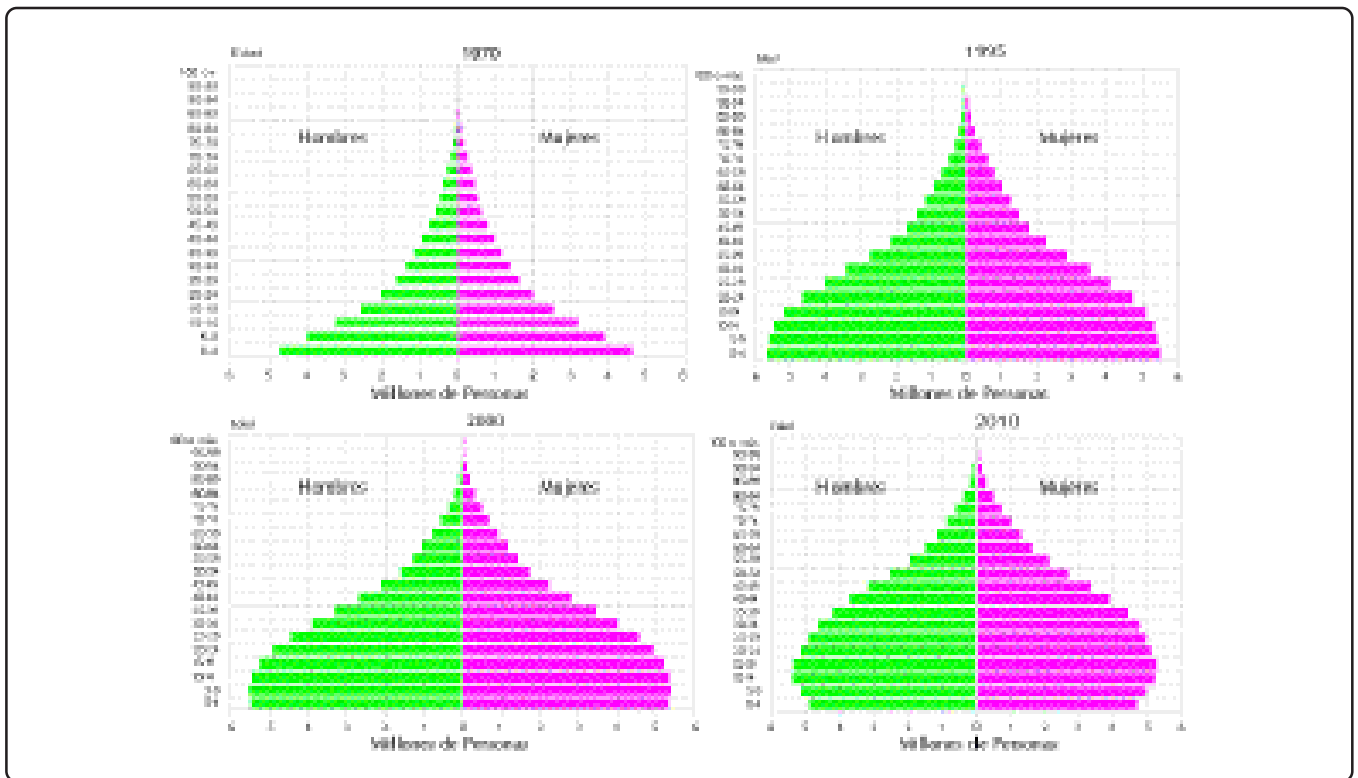


Figura 1. Pirámide de población 1970-2010. Fuente: Estimaciones y proyecciones de CONAPO.

VERTIENTES

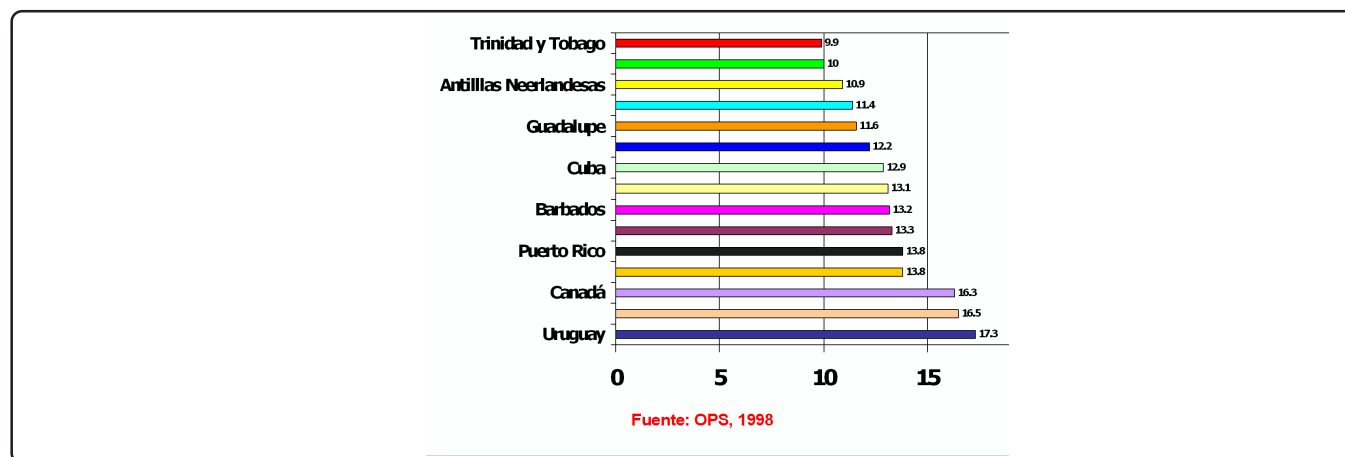


Figura 2. Los países de mayor edad de la Región: 1997 (porcentaje de 60 años y más). Fuente: OPS, 1998.

Años	Población de 60 años y más	Porcentaje
1950	1,419,685	5.50
1970	2,709,238	5.62
1990	4,988,158	6.14
1995	5,774,485	6.34
2000	6,843,969	6.92
2010	9,807,640	8.69
2030	21,267,900	15.76
2050	35,713,967	24.34

Tabla 1. México: Evolución de la población de 60 años y más, 1950-2050. Fuente: INEGI 1993, 1998; CONAPO 1994.

debido a la polipatología (varias enfermedades en un solo individuo), la combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Por lo anterior, el perfil de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores en México plantea una situación compleja, ya que además de la enfermedad y muerte atribuida por causas infecciosas, las enfermedades crónicas—degenerativas, también se han ubicado en pocos años dentro de los primeros lugares (Tabla 2 y 3).

Se estima que para el 2010 las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias malignas y las alteraciones nutricionales ocuparán las primeras causas de muerte en la población mayor de 60 años^{17,27}.

Los recientes fenómenos demográficos y epidemiológicos que se han observado en todo el mundo han sido drásticos, ya que, el efecto que éstos impondrán en la atención de los ancianos, especialmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo es enorme, e involucrarán dilemas de tipo médico, económico, social y ético, los cuales no

Núm.	Padecimiento	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	21,310.2
2	Infecciones intestinales y las mal definidas	5,423.4
3	Hipertensión arterial	3007.0
4	Diabetes mellitus	1793.8
5	Amibiasis intestinal	1432.0
6	Neumonías y bronconeumonías	686.6
7	Otras helmintiasis	637.8
8	Enfermedades isquémicas del corazón	559.9
9	Enfermedades cerebrovasculares	451.5
10	Asma	395.2

Tabla 2. Diez principales causas de enfermedad en el grupo de 65 y más años de edad en los Estados Unidos Mexicanos 1997. *Tasa por cien mil habitantes. Fuente: Sistema único de Información para la vigilancia epidemiológica/ DGE/SSA, 1997.

pueden ser ignorados, además no sólo se incrementa el número de personas de edad, sino que la edad de éstas es más avanzada, y son los viejos más viejos los que presentan mayor deterioro funcional y los que requieren más servicios sociales y de salud. En este sentido, se puede observar que las condiciones de la población de adultos mayores son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud, los cuales idealmente deberían anticiparse a éstas o al menos adecuar sus respuestas a la atención que esta población demanda.

III. DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ANCIANO

Por otro lado, se ha observado que las personas ancianas, en particular las mayores de 75 años presentan con frecuencia múltiples patologías, así como síntomas atípicos, signos no específicos de enfermedad con repercusión médica y funcional. Y a la vez su estado de salud se ve influenciado por problemas psicológicos y socio-económicos.

Núm	Padecimiento	Defunciones
	Total	207,724 ^a
1	Enfermedades del corazón*	47,630
	Enfermedad Isquémica	29,302
2	Túmore malignos	26,037
	De la tráquea, los bronquios y del pulmón	3,811
	De estómago	2,979
	De la próstata	2,826
3	Diabetes mellitus	20,424
4	Enfermedades cerebrovasculares	18,005
	Infarto Cerebral	3,796
	Hemorragia Intracerebral y otras hemorragias intracraneanas	3,399
5	Neumonía e influenza	9,697
6	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	7,289
7	Bronquitis crónica, enfisema y asma	6,546
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,532
9	Deficiencias de la nutrición	6,452
10	Accidentes	6,055
	Caídas accidentales	2,109

Tabla 3. Diez principales causas de mortalidad en personas de 65 años y más, 1996. *Se excluye disritmia cardíaca. *El total no corresponde a la suma de ambos sexo, ya que incluye sexo no especificado. Fuente: INEGI, 1998.

Por lo que respecta a la discapacidad física algunos autores refieren que la prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementa con la edad. Sin embargo, el cúmulo de enfermedades en un anciano no produce alteración funcional y si la produce no va paralela al grado de severidad de la enfermedad²⁸, sino como resultado de un ingreso hospitalario.

El declive funcional en la población de adultos mayores es multifactorial en donde sobresalen aspectos patológicos y deterioro mental, factores que determinan la calidad de vida de dicha población.

De ahí, que en 1984 un grupo de expertos en epidemiología del envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron que para la población anciana además de utilizar los indicadores clásicos de esperanza de vida al nacer, morbilidad y mortalidad se debe evaluar la esperanza de vida a los 60 años (e60), la esperanza de vida sin enfermedades crónicas a los 60 años y la esperanza de vida autónoma a los 60 años, así como autonomía e independencia física, mental y social de los ancianos, el envejecimiento exitoso y el grado de fragilidad²⁹⁻³¹.

Cabe señalar que el concepto de autonomía es determinado en gran medida por aspectos sociales y culturales; por tal motivo es más adecuado utilizar los términos de deficiencia, discapacidad, e invalidez propuestos por la OMS:

- La deficiencia se entiende como: toda pérdida o anomalía de estructura de función psicológica, fisiológica o anatómica.
- La discapacidad se define como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considere normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa.
- La invalidez es la desventaja que tiene un individuo, consecutiva a una deficiencia o una discapacidad, que limita o evita el desempeño de una función que es normal (teniendo en cuenta la edad, sexo, factores sociales y culturales) para ese individuo^{32,33}.

Tomando en cuenta lo anterior, algunos autores señalan que el cambio en el estado funcional de un paciente debe ser el indicador más sensible para identificar una nueva enfermedad, así mismo señalan que los indicadores de "Satisfacción" y "Calidad de vida" son los siguientes: funcionalidad, autonomía, ambiente en el hogar, entorno social, apoyo político y social³⁰.

Cabe resaltar que la OMS define la salud como: "El pleno bienestar físico, mental y social del individuo", indispensable para una calidad de vida aceptable¹⁴, sin embargo esta definición no es aplicable para la población de adultos mayores, ya que la salud es un proceso y no un sólo instante en la vida del hombre, es decir, que además de ser dinámica requiere ser medida y cuantificable, lo cual es más difícil en los ancianos, ya que las modificaciones que se presentan durante el proceso normal del envejecimiento, no son iguales en todos los individuos, de ahí que bajo este enfoque se entendería que todos los ancianos están enfermos. Por lo tanto, el concepto más adecuado de salud en los ancianos sería el propuesto por la OMS en 1984, en donde se señaló que la salud del anciano debe ser entendida como: "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad", la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria³⁴.

IV. VALORACIÓN DE LA SALUD

La valoración es un elemento fundamental para planear el manejo médico y el cuidado de enfermería, tanto en jóvenes como en ancianos, así mismo permite establecer objetivos ad-hoc a las necesidades o problemas que aquejen al individuo.

En este sentido, se tiene que existen diversos modelos de valoración entre los que destacan: El Biomédico tradicional y el Biopsicosocial.

El modelo Biomédico tradicional o biomédico se refiere que es el más utilizado en la práctica clínica, el cual contempla los siguientes apartados:

1. Antecedentes.
2. Historia actual de la enfermedad.
3. Alteraciones por aparatos y sistemas.
4. Exploración física.
5. Datos complementarios (exámenes de laboratorio, gabinete y/o especializados).

Con relación al modelo Biopsicosocial, Hengel propuso que para evitar fallas del modelo biomédico se incluyeran elementos psicopatológicos y sociales³⁵.

Sin embargo, estos modelos no siempre se pueden extrapolar y utilizar en la práctica geriátrica de la forma como son empleados en otros grupos de edad, debido a la presentación atípica de algunas enfermedades. Por otra parte, la presencia de polipatología modifica frecuentemente la involución de los padecimientos e induce a errores en la medición de la salud. Tomando en cuenta lo anterior y la dificultad para unificar criterios en la evaluación de la salud en los ancianos, la OMS refirió que no es suficiente con estudiar aspectos aislados en los adultos mayores, sino que éstos deben ser tomados en cuenta como individuos en su totalidad, integrando la funcionalidad física, mental y socio-familiar, como elementos fundamentales en la valoración de esta población, ya que este grupo de población es víctima de trastornos crónico-degenerativos, cuya evolución termina ocasionando pérdidas de autonomía y capacidad funcional, alteraciones que generan importantes demandas de apoyo familiar y atención especializada, lo cual conlleva a una serie de impactos a nivel personal, social, familiar, económico y político.

De ahí que el modelo más idóneo para evaluar la salud de los adultos mayores es el Bio-psico-social-funcional, ya que éste expresa la capacidad del individuo para vivir independientemente pese a sus limitaciones físicas, psicológicas y sociambientales, así mismo permite detectar, describir, y cuantificar la discapacidad del anciano, identificar la necesidad de ayuda para realizar algunas actividades cotidianas, y promueve la necesidad de realizar adaptaciones a los utensilios que favorezcan la independencia del anciano en su hogar³⁵.

Sin embargo, no existe un Consenso Internacional sobre cuál modelo Bio-psico-social-funcional es el que se debe utilizar como guía para la obtención de la información durante la valoración de los ancianos. En este sentido, Gordon desde 1987 sugirió el uso de patrones de salud

funcional para la organización de los datos, los cuales representan áreas importantes para el funcionamiento diario (percepción de la salud, patrón nutricional y metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, estado cognitivo y perceptual, auto concepto, de sexualidad, tolerancia, sueño y reposo, interacción social y valores); Carnevali en 1987, propuso que los datos fueran recolectados a través de dos grandes áreas: La ejecución de las actividades de la vida diaria y el estado funcional, otros autores recomiendan seguir patrones de autocuidado, no obstante el patrón más utilizado a nivel Internacional y Nacional es la Valoración Geriátrica Integral.

V. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

Esta valoración es definida como un proceso dinámico, estructurado y continuo, el cual se encarga de recolectar datos relevantes sobre: la salud médica, funcional, mental, afectiva, familiar, social y ambiental del anciano, con frecuencia multi e interdisciplinaria³⁶⁻³⁸.

En ésta se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio-ambientales que presentan los ancianos. Durante este proceso se registran recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios, y finalmente se elabora un Plan de Cuidados progresivo, continuado, coordinado y congruente con el equipo de profesionales de la salud, el cual tiene como propósito satisfacer las necesidades del anciano y cuidadores, así mismo tiene como objetivos los siguientes:

- Realizar un diagnóstico más exacto.
- Conocer la situación real del paciente que nos permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Utilizar adecuadamente los servicios sociales y de salud.

Esta valoración pone a prueba los conocimientos y habilidades, la capacidad de concentración, tolerancia y paciencia del equipo de salud, debido a los múltiples problemas y el incremento de las necesidades insatisfechas de los ancianos³⁹⁻⁴⁰.

A continuación se describen las áreas que se evalúan en la valoración geriátrica integral.

V.1 Valoración de la salud física del adulto mayor

Esta extensión frecuentemente presenta diversas dificultades, debido a que no se tienen herramientas estandarizadas. Por otra parte, las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se presentan con el proceso de envejecimiento se imbrican con la polipatología del anciano, lo cual dificulta su aplicabilidad⁴¹. De ahí, que se distinga de otras valoraciones por dos aspectos básicos: primero por la importancia del trabajo coordinado con el equipo

interdisciplinario y segundo por el tiempo que requiere para su realización.

Tiene como objetivo primordial detectar toda la problemática de los adultos mayores (Tabla 4), especialmente de los que se encuentran en riesgo (Tabla 5). Por otro lado, permite la detección de los factores que predisponen a la enfermedad, discapacidad y la muerte, esto con la finalidad de tomar medidas preventivas pertinentes y oportunas.

- Aspectos tradicionales
- Estado nutricional
- Déficit sensorial
- Historia medicamentosa
- Estado de salud dental
- Alteraciones de los pies

Tabla 4. Elementos de la valoración de la salud física en el anciano.

- Ancianos mayores de 80 años
- Ancianos solos
- Mujeres viudas y solteras
- Ancianos institucionalizados
- Ancianos con limitaciones severas o discapacidades
- Ancianos con recursos económicos bajos

Tabla 5. Ancianos en situación de riesgo.

V.2 Valoración de la funcionalidad física

En esta área se pretende evaluar la capacidad del anciano para realizar independientemente las actividades cotidianas, aporta datos muy útiles acerca de las necesidades de cuidados y permite una comparación a lo largo del tiempo respecto a la salud del anciano. Así mismo, determina cual es el nivel asistencial más adecuado⁴²⁻⁴⁷.

Para efectuar esta valoración las actividades de la vida diaria se clasifican en tres grupos:

a. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas como aquellas imprescindibles para sobrevivir, denotan por lo general tareas propias de autocuidado como: comer, vestirse, asearse, trasladarse o mantener continencia de esfínteres; por debajo de ellas quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la presión arterial, excreción, etc). Estas actividades permiten que el individuo sea independiente en su domicilio, así mismo son útiles para valorar a pacientes que se encuentran institucionalizados en casas de reposo prolongado (asilos, o casas hogar). La información derivada de estas actividades básicas se ha utilizado para desarrollar líneas predictivas acerca de resultados funcionales relacionados con enfermedades específicas y de sus tratamientos, así como para describir estadios y severidad

de patologías, para planificar decisiones de ubicación, determinar la elegibilidad de cuidados prolongados y para establecer nuevas políticas sociales.

Para la evaluación de la funcionalidad física pueden utilizarse diversos instrumentos, los más conocidos son: El Índice de Katz, Índice de Barthel, el Perfil Pluses y el de la Incapacidad Física de la Cruz Roja.

b. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) indican la capacidad del individuo para llevar una vida independiente en su medio ambiente por ejemplo: tareas del hogar, realizar compras, manejo de medicamentos, asuntos financieros y uso de transporte público.

Estas actividades permiten detectar el deterioro en pacientes que aún no se han encerrado en su domicilio, es decir permiten detectar el problemas en sus primeras fases. El instrumento más conocido y utilizado es el de Lawton y Brody.

c. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) son indicadores de acciones más complejas en gran parte son de decisión voluntaria, detectan el deterioro, ya que tratan de analizar actividades que permiten desarrollar un rol social por ejemplo: realizar tareas de tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, asistir a eventos sociales y/o religiosos, etc.

V.3 Valoración de la funcionalidad mental

Esta evaluación es otro de los elementos de vital importancia en el diagnóstico de salud del anciano, ya que la presencia de la alteración mental es siempre signo de enfermedad, la cual se asocia a problemas físicos y sociales⁴⁸⁻⁵⁶. En ésta se valoran dos áreas: La cognitiva, afectiva (Tabla 6) y pueden desarrollarse a través de una entrevista no estructurada

- Valoración cognitiva
 - Comportamiento
 - Lenguaje
 - Pensamiento
 - Nivel de conciencia
 - Atención
 - Orientación
 - Memoria
 - Abstracción y juicio
 - Praxias y Gnosias
- Valoración emocional
 - Estado de ánimo
 - Síntomas somáticos de enfermedad
- Indicadores de nuevas enfermedades en el anciano

Tabla 6. Valoración de la funcionalidad mental.

(observación directa, con el paciente o la familia) o bien de forma estructurada (test y/o cuestionarios).

- a. La valoración no estructurada proporciona gran número de datos y permite adecuar el estilo a las características de los pacientes (cultura, modalidades lingüísticas, grado de ansiedad y conciencia de la enfermedad). No obstante, la información recopilada es muy objetiva y laboriosa. Los datos que se evalúan en esta valoración son: apariencia, sentidos, comportamiento, lenguaje, ánimo, pensamiento, percepción, nivel de conciencia, atención, orientación, memoria, capital informativo, abstracción y juicio, cálculo, praxias, gnosias, y síntomas somáticos de enfermedad mental.
- b. La valoración cognitiva estructurada se lleva a cabo a través de instrumentos que permiten identificar el grado de deterioro mental, ya que valoran la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad, la capacidad de comprender la información que recibe, permite decidir el grado de supervisión que necesita, detectar cambios a nivel cognitivo, agravación de la enfermedad y también influye en la decisión diagnóstica, terapéutica y de ubicación. Entre los instrumentos más utilizados en la población anciana son: La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), el Mini Examen Mental de Folstein, La Escala de Blasted, la de Hodgkinson, la Shulman y la de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja.

V.4 Valoración de la funcionalidad social

Esta valoración juega un papel muy importante, ya que el bienestar social del anciano, mejora el estado de salud del adulto mayor y favorece abordar la problemática manifestada. Se encarga de identificar la relación que existe entre el anciano y su interrelación con el medio socio-familiar (Tabla 7), estableciendo una guía para conocer el uso adecuado de recursos sociales^{57,58}. En esta área se valora la interacción social y recursos (accesibilidad y disponibilidad familiar, amigos y comunidad) de bienestar y adaptación, así como la adecuación del entorno (vivienda adecuada, transporte, centros de compras y servicios públicos). Se puede llevar a cabo a través de la entrevista informal y la sistemática. En la primera se toman en cuenta los datos con que se dispone, sin embargo ésta dificulta la planificación de los cuidados y la posibilidad de observar los cambios que se presentan con el tiempo. La segunda se apoya en algunos instrumentos entre los que destacan: La escala de Disfunción Social (ADRS), la de Evaluación de la conducta social y el *Older American and Resources Social* (OARS), así como la Escala de Funcionalidad Familiar *APGARFamily*.

Por otro lado, es importante señalar que también se debe cuidar el medio ambiente en donde se valora al anciano, así como la conducta de los profesionales de la salud, para que

ésta sea más agradable tanto para los profesionistas como para los ancianos (Tabla 8).

- Recusos sociales (servicios médicos, transporte, amigos, etc)
- Funcionalidad Familiar
- Vivienda (barreras arquitectónicas, propiedad, características)

Tabla 7. Elementos esenciales para la valoración de la funcionalidad psicosocial.

- Realizarla en un lugar silencioso y bien iluminado
- Disposición de ánimo para el anciano
- Inspirar confianza
- Mantener una óptima relación paciente-médico y/o enfermera
- Colocarse frente al paciente
- Hablar en forma clara, lenta y concisa
- Ser respetuoso
- Disponer de una silla y mesa de exploración
- Eliminar en caso necesario el uso de un escritorio, ya que esto dificulta en algunas ocasiones el acercamiento con el paciente

Tabla 8. Características de la Valoración Geriátrica Integral.

Cabe resaltar que dicha valoración se puede desarrollar en diferentes niveles asistenciales como: Unidades para enfermos en etapa aguda (hospitales), de rehabilitación, atención primaria, residencias y los propios hogares de los ancianos, tomando en cuenta la cultura y situación socioeconómica. Debe apoyarse de algunos de los instrumentos antes mencionados, ya que éstos aportan mayor objetividad y reproducibilidad a la valoración, por su sensibilidad diagnóstica, detectan el deterioro o incapacidad no reconocidos durante la evaluación clínica convencional o tradicional, además cumplen la función de descripción, *screening* (selección), apoyo diagnóstico, monitorización y predicción.

Para la selección de los instrumentos más adecuados se deben identificar sus características, así como las ventajas y desventajas (Tablas 9-10).

CONCLUSIONES

1. La evaluación geriátrica con su enfoque multidimensional permite identificar a los ancianos en riesgo y llevar a cabo el plan de cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades y problemas que aqueje el anciano.
2. La valoración geriátrica integral tiene una mayor sensibilidad diagnóstica y permite la elección del tratamiento médico.

- Deben evaluar globalmente al individuo con detección específica de las áreas problema
- Deben proporcionar a los evaluadores datos sobre la evaluación funcional del anciano, así como la etiología probable
- Deben ser sensibles a los cambios del estado funcional
- Deben resultar un procedimiento agradable para el paciente
- Deben resultar aceptables para los profesionales del área de la salud
- No deben implicar la utilización de equipos costosos y aparatosos
- Deben ajustarse a las capacidades de respuesta del individuo
- El paquete de valoración inicial debe generar otro tipo de valoraciones posteriores, que se ajusten al tipo de población
- Deben disminuir al mínimo los juicios y maximizar los indicadores del estado funcional
- Deben estar libres de sesgo por parte de los evaluadores.
- Deben estar previamente validados
- Deben ser fiables, es decir, no tendrán modificaciones en mediciones repetidas
- Deben ser sensibles, significa que deben tener la capacidad de detectar pequeñas diferencias en la medida
- Deben estar guiados en procedimientos coherentes, la frecuencia de recolección de datos y la elección del informante
- Las preguntas medidas para la investigación o evaluación de programas deben mostrar estabilidad en el tiempo

Tabla 9. Características de los Instrumentos de Valoración Geriátrica Integral.

3. El instrumento para medir la evaluación funcional puede ser aplicado en el hogar del paciente, en la consulta de evaluación geriátrica y en el hospital.
4. El equipo multi e interdisciplinario desempeña una función fundamental en las diferentes etapas de evaluación geriátrica.
5. El uso de instrumentos de evaluación permite un lenguaje coherente y práctico entre todos los profesionales, sin embargo en su utilización se deben tomar en cuenta los aspectos socio – culturales de la población a estudiar.

RECOMENDACIONES

1. Persona mayor sana: VGI anual y las actividades preventivas señaladas, siempre de forma ambulatoria.
2. Persona mayor enferma y paciente geriátrico: Igual a la sana. Además, atención en el centro y/o domicilio según

Desventajas

- Abusar del uso de las escalas de evaluación y pretender que sea el único recurso diagnóstico
- Clasificación estereotipada estricta del anciano evaluado
- Considerar a las escalas como el único recurso de evaluación

Ventajas

- Utilización de un lenguaje común entre el equipo de salud que asiste a los ancianos
- Facilidad de utilizar parámetros confiables de evaluación
- Partir de un punto común para el establecimiento de programas
- Realizar predicciones objetivas acerca de la evolución del tratamiento en los adultos mayores

Tabla 10. Ventajas y Desventajas de los Instrumentos de Valoración Geriátrica.

los protocolos de las patologías que presente.

3. Persona mayor frágil o de alto riesgo: VGI anual y prevención indicada, pero con dos consideraciones:

- Favorecer en lo posible la visita domiciliaria.
- Efectuar una segunda VGI a los 6 meses, cuando el factor de riesgo sea de aparición reciente

Debería efectuarse una VGI siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del sujeto.

REFERENCIAS

1. Soberon AG. Requerimientos del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI. Rev Salud Pública de México 1988; 30(6): 791-795.
2. Soberon AG. Evolución y revolución en salud. Rev Salud Pública de México 1992; 34(1): 69- 73.
3. CONAPO. Perspectivas Demográficas de la Tercera Edad: CONAPO, 1997:5-26.
4. CONAPO. El Proceso de Envejecimiento en el Mundo. México: CONAPO/DIF: Series Sociodemográficas del Envejecimiento, 1995.
5. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento en las Américas, Proyecciones para el Siglo XXI. Washington: OMS/OPS, 1998.
6. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La tercera edad. México: INEGI, 1993: 1-12.
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Educación, Capacitación y Empleo. México: INEGI, 1998: 120.
8. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas Demográficas. México: INEGI Cuaderno No. 8, 1997: 170.

9. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultado Definitivos Tabulados Complementarios. México: INEGI, 1998: 59.
10. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales 1995. México: Secretaría de Salud, 1997: 7, 13, 120-129.
11. CONAPO. Encuesta Nacional sobre la sociodemografía del envejecimiento: Resultados. México: CONAPO/DIF, 1994: 5-26.
12. CONAPO. Perspectivas Demográficas de la Tercera Edad: CONAPO, 1997: 5-26.
13. CONAPO. La Situación Demográfica de México. México: CONAPO, 1997: 107-114.
14. CONAPO. La Situación Demográfica de México. México: CONAPO, 1998: 127-133.
15. Ham Ch R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 409-418.
16. Borges YA, Gómez DH. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Rev Salud Pública de México* 1998; 40(1): 13-21.
17. Lozano RA, Frenk MJ, González BM. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38(6): 419-429.
18. Castro V, Gómez DH, Negrete SJ, Tapia CR. Las enfermedades clínicas en personas de 60-69 años. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 438-447.
19. Lara RM. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 137-151.
20. Ruiz AL, Rivera MJ. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: Un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 430-437.
21. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico. México: Secretaría de Salud, 1996: 616-624.
22. Secretaría de Salud. Mortalidad 1996. México: Secretaría de Salud, 1997: 44-49.
23. Secretaría de Salud. Morbilidad 1997. México: Secretaría de Salud, 1997: Tomo 1.
24. Rocabado F. La salud del anciano en las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina: Sus necesidades y problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 35-43.
25. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. 2ª ed. México: Secretaría de Salud, 1993.
26. Secretaría de Salud. Contexto actual mortalidad 1993 "Aspectos Relevantes". México: Secretaría de Salud serie monográfica No. 6, 1993: 15; 18; 30.
27. Secretaría de Salud. Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. México: Secretaría de Salud. Serie cuadernos de salud No. 3, 1994.
28. Alarcón AM, González MJ, Salgado AA. Valoración Funcional del paciente anciano. En Salgado A, Alarcón AM Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 49, 50.
29. Indicadores de Salud de los Adultos Mayores en México. *Rev Salud Pública* 1996; 38 (6): 545.
30. Castellanos RJ. Las políticas de atención integral de los ancianos. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 45-78.
31. Gutiérrez RL. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 24.
32. Martínez AF. El paciente adulto mayor con discapacidad. En: Organización Panamericana de la Salud. El Adulto Mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 144.
33. Ballesteros FR. Actividades de la vida diaria. En: Ballesteros FR, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca libros universales y profesionales, 161.
34. Oliveira GR, Villaverde GC. Las dimensiones de la Salud y la Vejez. *Rev Gerontol* 1999; 15(81): 33-40.
35. Salgado AA, González MJ. Importancia de la Valoración Geriátrica. En Salgado A, Alarcón AM Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 3-5.
36. Pérez del Molino MJ, Moya LM. Valoración Geriátrica: Conceptos generales. En: Guillen LF, Pérez del Molino MJ. Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico. Madrid: Masson, 1994: 49.
37. Salgado AA. Valoración Geriátrica Integral. Valoración Clínica. En: Salgado AA, González MJ, Alarcón AM. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Madrid: Masson, 1996: 47-55.
38. Benítez del Rosario M. Valoración integral y multidisciplinaria en atención domiciliaria. En: Contel SJ, Gené BJ, Peya GM. Atención domiciliaria: Organización y práctica. Madrid: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 93.
39. Morales MF. Evaluación Integral del Anciano. en: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, Publicaciones científicas 5461994: 74-77.
40. Morales MF. Evaluación Integral del Anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, Publicaciones científicas 5461994: 74-77.
41. Comenarejo JC, Calle CB, Sánchez JJ. Valoración geriátrica exhaustiva: abordaje desde atención primaria. Una revisión actualizada. *Rev Medicina General*.
42. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Barcelona: S.G. editores Fundación Caja de Madrid, 1993: 1-2; 25-55; 69-127; 154-169.
43. Alarcón AM, González MJ, Salgado AA. Valoración Funcional del paciente anciano. En: Salgado A, Alarcón AM. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 4-68.

44. Bravo FG. Valoración Funcional. En: Guillén LF, Pérez del Molino MJ. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994: 67-78.
45. Cruz JA. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 25 (5): 338-348.
46. Ballesteros FR. Actividades de la vida diaria. En: Ballesteros FR, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Madrid: Martínez Roca libros universales y profesionales, 156-157.
47. Jiménez HF. Actualidades en evaluación geriátrica. En: Jiménez HF. *Gerontología* 1993. Madrid: Masson, 1993: 145-154.
48. Valderrama GE, Pérez del Molino M. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32 (5): 297-306.
49. Wilkins GA, Silva RR, Huerta ML, Olvera SM. Instrumentos de evaluación geriátrica. *Rev Med Int de Méx* 1996; 12 (2): 102-104.
50. Marce J. Déficit y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. en: Buendía J. *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores, 1994:181-194.
51. Ballesteros FR. Evaluación e intervención en el funcionamiento cognitivo: La memoria. En: Ballesteros FR, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Madrid: Martínez Roca libros universales y profesionales, 1994: 75-86.
52. Jeffrey RM. Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. en: Buendía J. *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores, 1994:267-268.
53. Ballesteros FR. La depresión. En: Ballesteros FR, Izal M, Montorio I, González JL, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Madrid: Martínez Roca libros universales y profesionales, 128-129.
54. Pérez AE, González F, Morelda JP, Szurek SS, González JA. La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1990; 25 (3): 173-180.
55. Macías MM, Fuentetaja AE. Valoración Mental. En: Guillén LF, Pérez del Molino MJ. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994: 79-89.
56. González MJ, Alarcón AM, Salgado AA. Valoración del estado mental en el paciente anciano. En: Salgado AA, Alarcón AM. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 93-99.
57. Torres GT, García MM, Arteaga MA. Valoración social. En: Guillén LF, Pérez del Molino MJ. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994: 91-102.
58. Isach CM, Izquierdo ZG. Valoración social en el paciente anciano. En: Salgado A, Alarcón AM. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993:105-123.
59. Baztán JJ, Hornillos CM, Rodríguez VA. Valoración Geriátrica en Atención Primaria. (serie online) Febrero 2000 (cited 2000 Feb 1); 21 (2): Available from: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/dpyma/mrevista.fulltext?pident.htm>.
60. http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/an_g_asistencia.htm.
61. http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/an_escalas.htm.
62. http://www.forumgeriatric.org/gericat/cast/gericat_valoracion.htm
63. Fleites GO. Evaluación Geriátrica. (serie online) Mayo 1995 (cited 1995 mayo – agosto): Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_2_95/enf05295.htm