

Atención integral en el Adulto Mayor, valoración geriátrica integral

ARTÍCULO EN REVISIÓN

Comprehensive care in the Elderly, comprehensive geriatric assessment

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el vivir más años representa oportunidades para ampliar y aportar socialmente, con alcances positivos para mantener una calidad de vida satisfactoria. La revisión bibliográfica tuvo por objetivo fortalecer la atención en salud en el primer nivel de atención en el adulto mayor, teniendo como punto de partida la evaluación geriátrica integral centrada en la persona para el diseño de un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano en el ámbito de atención primaria. El método de revisión se dio mediante la búsqueda electrónica en plataformas académicas de los artículos sobre los instrumentos más utilizados en la atención primaria durante la evaluación geriátrica integral en los dominios nutricional, capacidad funcional, cognitiva, afectiva y social. En la revisión se pudieron identificar algunos instrumentos de valoración geriátrica integral en la atención de adultos mayores, como la Minievaluación Nutricional del Anciano (MNA)- Formato Corto, el índice de Katz, el índice de Lawton, la prueba de detección cognitiva leve (MiniCog), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y la Escala de Recursos Sociales. En conclusión, la valoración geriátrica integral es una herramienta que en el primer nivel de atención y a nivel comunitario facilita el abordaje multidisciplinario y centrado en el adulto mayor lo que fortalece la calidad de la atención en salud. Permite evaluar todas las dimensiones relevantes para su salud e identifica apropiadamente

Karla V. Narváez Flores
karla.narvaez@unan.edu.ni
<https://orcid.org/0000-0003-3099-9110>
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN- Managua, Área de Conocimiento de Ciencias de la Salud.

Recibido: 20-03-25
Aceptado: 13-10-25

Linda J. Solórzano Beneditt
linda.solozano@unan.edu.ni
<https://orcid.org/0000-0003-3342-4697>
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN- Managua, Área de Conocimiento de Ciencias de la Salud.

DOI
10.5377/rcsem.v8i2.21698

factores de riesgo de condiciones de incapacidad y dependencia funcional, deterioro cognitivo, riesgo de depresión, riesgo de desnutrición y de interacciones sociales deterioradas. Además, establecer acciones de promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable.

PALABRAS CLAVES

Evaluación geriátrica, envejecimiento, depresión.

ABSTRACT

The World Health Organization states that living longer presents opportunities to expand and contribute socially, with positive implications for maintaining a satisfactory quality of life.

This literature review aimed to strengthen primary healthcare for older adults, using person-centered comprehensive geriatric assessment as a starting point for designing individualized preventive, therapeutic, and rehabilitative plans. The goal was to achieve greater independence and quality of life for older adults within the primary care setting. The review method involved an electronic search of academic platforms for articles

on the most commonly used instruments in primary care during comprehensive geriatric assessments in the areas of nutrition, functional capacity, cognitive ability, affective capacity, and social outcomes. The review identified several comprehensive geriatric assessment tools for older adults, such as the Mini Nutritional Survey of the Elderly (MNA)–Short Form, the Katz Index, the Lawton Index, the Mild Cognitive Screening Test (MiniCog), the 15-item Yesavage Geriatric Depression Scale, and the Social Resources Scale. In conclusion, comprehensive geriatric assessment is a tool that, at the primary care level and in the community, facilitates a multidisciplinary and patient-centered approach, thus

strengthening the quality of healthcare. It allows for the evaluation of all relevant dimensions of older adults' health and appropriately identifies risk factors for disability and functional dependence, cognitive decline, depression, malnutrition, and impaired social interactions. Furthermore, it enables the establishment of promotional and educational actions for active and healthy aging.

KEY WORDS

Geriatric evaluation, aging, depression.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ hace referencia que en el año 2030 una de cada seis personas tendrá 60 años o más. En el año 2050, la población mundial de las personas en esa franja de edad se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones. Las mujeres suelen vivir más que los hombres. En 2017, las mujeres representaban el 54% de la población mundial de 60 años o más, y el 61% de la población de 80 años o más, razón por la cual entre el año 2020 y 2025, la esperanza de vida de las mujeres al nacer sería de tres años mayor que la de los hombres. Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas se conoce como envejecimiento de la población.

En cuanto al perfil demográfico de Nicaragua, el Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE, 2021)² reporta que existen 492,207 personas adultas (mayores de 60 años), que representa el 8 % de la población total, previéndose un aumento a 9.7% en los próximos tres años ya que, la esperanza de vida al nacer es de 73.66 años en los varones y 79.78 años en mujeres. Actualmente, el país presenta una estructura poblacional joven, sin embargo, ha iniciado un proceso de envejecimiento, producto de los cambios en las tasas de fecundidad, mortalidad y migraciones en los últimos treinta años. Pese a que el envejecimiento de la población en Nicaragua no es aún acentuado, se tiene que considerar que es un hecho irreversible, tiene un peso mayormente femenino y urbano como resultado del proceso de urbanización.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)³, define la capacidad funcional como la combinación de atributos relacionados con la salud que permiten a una persona realizar las actividades importantes para ellas". La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca, que incluye las capacidades físicas y mentales del adulto mayor, resultante de las interacciones con el entorno.

En este contexto, la OMS⁴ refiere que el envejecimiento saludable es "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" e implica mantener y mejorar la capacidad funcional a través de estilos de vida saludables que contribuyen a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, mejorar la capacidad física y mental de los adultos mayores. Así mismo, postula que en la vejez pueden estar presente afecciones más comunes como la pérdida de audición, errores de refracción, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y la demencia. Además, se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen por el nombre de síndromes geriátricos. Es decir, si estos años adicionales están dominados por la mala salud, el aislamiento social o la dependencia de cuidados, las implicaciones para las personas mayores, para los cuidadores y para el conjunto de la sociedad son mucho más negativas.

Lo expuesto anteriormente, fundamenta la importancia de la valoración geriátrica integral en la atención en salud del adulto mayor dado que, el envejecimiento humano implica cambios anatómicos, metabólicos y fisiológicos, así mismo, cambios sociales, afectivos y mentales; influenciados por los estilos de vida no saludables, la presencia de enfermedades crónicas y las relaciones sociales deterioradas, pueden causar el incremento de riesgos para la salud.

El objetivo del presente estudio fue fortalecer la atención de salud en el primer nivel de atención en el adulto mayor, teniendo como punto de partida la evaluación geriátrica integral centrada en la persona para el diseño un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr mayor nivel de independencia y calidad de vida en este grupo de población. De ahí la apremiante labor de presentar esta revisión bibliográfica narrativa, con búsqueda sistemática de los principales instrumentos de valoración geriátrica, según la evidencia científica disponible.

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica narrativa se realizó mediante la búsqueda electrónica de artículos publicados sobre instrumentos de valoración geriátrica más utilizados en la atención en salud del adulto mayor, en plataformas académicas Dialnet, LILACS, PubMed y SciELO. Los descriptores MeSH (Medical Subject Heading) fueron: evaluación geriátrica, envejecimiento y depresión.

Los criterios de inclusión fueron estudios con personas de 60 años o más, estudios de investigación con diseño de métodos cuantitativos y guías de práctica clínica que abordaron la valoración geriátrica integral en adultos mayores; publicados en los últimos 5 años (2020-2025), disponibles en idioma inglés o español. Se descartaron revisiones de literatura, resúmenes de congresos, actas, cartas editoriales y tesis. Mediante la lectura de títulos, resúmenes y procedimientos se evaluaron los criterios de inclusión y se eligieron 17 revisiones bibliográficas.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

En Nicaragua, la Ley No. 720⁵, Ley del adulto mayor y su reglamento, tiene por objeto establecer el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores y contribuir a asegurar la atención integral que de conformidad con esta ley debe brindarse a las personas adultas mayores nicaragüense nacional o nacionalizado, mayor de sesenta años. Es así como, el Gobierno de Reconstrucción y Unidad Nacional (GRUN), ha venido desarrollando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud integrada y centrada en la persona a través, del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez (MIFAN), el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el Ministerio de Salud (MINSA) y la Promotoría Solidaria.

En este sentido, es fundamental explicar la contribución que ha hecho las Ciencias Sociales y la Medicina Social, en pretender describir la utilidad de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y sus aplicaciones en la salud del adulto mayor en el primer nivel de atención. Según la revisión efectuada se adjudican los aportes de los siguientes autores:

Wanden-Berghe⁶, la valoración geriátrica integral puede facilitar una práctica médica con una visión holística que garantice una atención adecuada, efectiva y de calidad. El objetivo principal es diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria.

La evaluación geriátrica, según Rivadeneira, et al.⁷, se sustenta en cinco áreas: nutricional, funcional, mental, afectiva y social, utilizando varias escalas en todo el mundo para este propósito. Stefanacci y Wasserman⁸, describen el propósito de cada una de las escalas: Encuesta Nutricional del Anciano (MNA)-Formato Corto, permite detectar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de desnutrición. El índice de Katz mide la independencia funcional en actividades básicas de la vida diaria, incluyen alimentación, vestimenta, baño, traslado de la cama a la silla, alimentación y continencia. El índice de Lawton evalúa las habilidades instrumentales de la vida y abarca tareas del hogar, preparación de comidas, toma de medicamentos, salidas, manejo de las finanzas y uso de teléfono.

En relación, a las escalas que evalúan el área mental, afectiva y social, se encuentran la prueba de detección cognitiva leve (MiniCog) e identifica la disfunción cognitiva. La escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems mide la presencia de la sintomatología depresiva y la escala de recursos sociales determina la funcionalidad social evaluando estructura familiar, patrones de amistad, relaciones sociales y disponibilidad de cuidadores.

En la atención de los adultos mayores institucionalizados Orozco Crespo⁹ menciona que, la valoración geriátrica integral es una herramienta fundamental para la atención puesto que, ayuda a identificar factores de riesgo que influyen en la detección precoz del anciano crítico, tales como incapacidad leve o moderada, dependencia severa o total, deterioro cognitivo, riesgo de depresión, entre otros.

En este sentido, la OMS¹ en el plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 establece como un ámbito de actuación “ofrecer una atención integrada y de servicios de salud primarios, que respondan a los problemas y vulnerabilidades específicas” de las personas mayores. Además, refiere que será necesario introducir cambios fundamentales no solamente en las acciones de atención en salud, sino también, en la forma de pensar acerca de la edad y la senectud para fomentar un envejecimiento saludable y mejorar las vidas de las personas mayores, las de sus familias y sus comunidades.

En la atención diaria al paciente adulto mayor se toma como estructura de análisis la valoración geriátrica integral, enfocada en determinar las capacidades y cuantificar los problemas nutricionales, funcionales, psicológicos y sociales¹⁰. En esta revisión bibliográfica se identificaron algunos instrumentos de uso frecuente en geriatría, clasificadas por área nutricional, área funcional, área mental, área afectiva y área social.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

Área nutricional

El área nutricional forma parte de la evaluación integral en personas mayores. Un estudio realizado por Espinosa et al.¹¹, evidenció que la quinta parte de la población de adultos mayores tenía desnutrición y se asoció a depresión, sedentarismo, bajo nivel socioeconómico y anemia.

Deossa et al.¹², infieren que, para evaluar el estado nutricional, prevenir las deficiencias nutricionales, la fragilidad y la sarcopenia se puede utilizar la escala de cribaje nutricional la Mini Encuesta Nutricional del Anciano (MNA)-Formato Corto, el cual consta de 7 ítems: a) pérdida de apetito en los tres meses anteriores; b) pérdida reciente de peso; c) movilidad; d) enfermedad aguda o estrés psicológico; e) problemas neuropsicológicos; f) índice de masa corporal y g) perímetro de la pantorrilla. Las sugerencias de interpretación

por el Instituto Nacional de Geriatría de México¹³ se describen a continuación: puntuación total ≥ 12 indica que la persona tiene un estado nutricional normal; puntuación total entre 8 y 11 indica que la persona está en riesgo de desnutrición y puntuación de 0 a 7 es desnutrición, la persona requiere una intervención adicional y es recomendable evaluar el estado nutricional cada tres meses en toda persona mayor en el que ocurrán cambios en el estado clínico (tabla 1).

Tabla 1. Mini Encuesta Nutricional del Anciano (MNA)- Formato Corto

Cribaje
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso
C. Movilidad
0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio
D. ¿Ha habido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = si 2 = no
E. Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos
F1. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/ (talla en m²)
0 = IMC < 19 kg/m ² 1 = IMC \leq 19 < 21 kg/m ² 2 = IMC \leq 21 < 23 kg/m ² 3 = IMC \geq 23 kg/m ²
F2. Perímetro de la pantorrilla (cm)
0 = CP < 31 1 = CP \geq 31
Interpretación: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/>
Marcando con una ✓ de acuerdo con el resultado obtenido
<input type="checkbox"/> Estado nutricional normal: 12-14 puntos <input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición: 8 a 11 puntos <input type="checkbox"/> Desnutrición: 0 a 7 puntos

Fuente: Instituto Nacional de Geriatría¹³

Área Funcional

La OMS¹, refiere que la capacidad funcional abarca todos “los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona hacer lo que consideren importante en su vida diaria”, la capacidad funcional considera tanto las capacidades individuales físicas, de fuerza y movilidad, como las capacidades mentales de cognición, visión y audición, así como el entorno en el que el adulto mayor vive y se desarrolla. Al evaluar la capacidad funcional, se pueden identificar áreas donde una persona necesita apoyo para mantener su independencia y participar en la sociedad.

Wanden-Berghe⁶ encuentra que, la valoración de la capacidad funcional evalúa las actividades de la vida diaria y que estas se clasifican en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (tabla 2). El Instituto Nacional de Geriatría de México¹³ plantea utilizar el índice de Katz para evaluar las ABVD (tabla 2.1) y el índice de Lawton para evaluar las AIVD (tabla 2.2)

Tabla 2. Valoración funcional

Actividades	Capacidades	Escalas	Calificación
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Evalúa el grado de independencia en seis actividades básicas como: alimentación, vestido, baño, uso del servicio higiénico, movilidad, continencia urinaria y fecal.	Índice de Katz	Total independencia: 6 puntos Dependencia: < 6 puntos Total dependencia: 0 puntos Registrar el puntaje alfabético, a fin de tener una interpretación descriptiva de la o las actividades para las cuales la persona conserva o no la independencia para realizarlas.
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Evalúa ocho dominios centrados en: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación y manejar el dinero.	Índice de Lawton	En mujeres: Independencia total: 8 puntos Deterioro funcional: < 8 puntos En hombres: Independencia total: 5 puntos Deterioro funcional: < 5 puntos

Fuente: Wanden-Berghe Carmina⁶ y Stefanacci y Wasserman⁸

Tabla 2.1. Índice de Katz

Índice de Katz	Sí (1 punto)	No (0 punto)
Baño (esponja o regadera)		
Si: No recibe asistencia (puede entrar o salir de la regadera u otra forma de baño).		
Si: Que recibe asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ejemplo espalda o pierna).		
No: Que recibe asistencia durante el baño en más de una parte.		
1. Vestido		
Si: Que puede tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.		
Si: Que puede tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.		
No: Que recibe asistencia para tomar las prendas y vestirse.		
2. Uso del servicio higiénico o inodoro		
Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso del pañal).		
Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal vaciándolo.		
No: Que no vaya al baño por sí mismo.		
3. Movilidad		
Si: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).		
Si: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.		
No: Que no pueda salir de la cama.		
4. Continencia		
Si: Control total de esfínteres.		
Si: Que tenga accidentes ocasionales, que no afecten su vida social.		
No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.		
5. Alimentación		
Si: Que se alimenta por sí solo sin asistencia alguna.		
Si: Que se alimenta solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla.		
No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.		

Índice de Katz	Sí	No
	(1 punto)	(0 punto)
Puntaje alfabético de Katz		
[A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.		
[B] Independencia en todas las actividades menos en una.		
[C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.		
[D] Dependencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.		
[E] Dependencia en todas menos bañarse, vestirse, uso del servicio higiénico y otra actividad adicional.		
[F] Dependencia en bañarse, vestirse, uso de servicio higiénico, movilidad y otra actividad.		
[G] Dependencia en las seis actividades básicas.		
[H] Dependencia en dos actividades, pero clasifican en C, D, E y F.		
Calificación de Katz		
Total independencia: 6 puntos		
Dependencia: < 6 puntos		
Total dependencia: 0 puntos		
Resultados		
Fuente: Instituto Nacional de Geriatría ¹³ .		
Tabla 2.2. Índice de Lawton		
Índice de Lawton	Sí	No
	(1 punto)	(0 punto)
1. Capacidad para usar el teléfono		
Si: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas.		
Si: Marca solo unos cuantos números bien conocidos.		
Si: Contesta el teléfono, pero no llama.		
No: No usa el teléfono.		
2. Transporte		
Si: Se transporta solo.		
Si: Se transporta solo, únicamente en el taxi, pero no puede usar otros recursos.		
Si: Viaja en transporte colectivo acompañado.		
No: Viaja en taxi o auto acompañado.		
No: No sale.		
3. Medicación		
Si: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correcta.		
No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado.		
No: Es incapaz de hacerse cargo.		
4. Finanzas		
Si: Maneja sus asuntos independientemente.		
No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.		
No: Es incapaz de manejar dinero.		
5. Compras		
Si: Vigila sus necesidades independientemente.		
No: Hace independientemente sólo pequeñas cosas.		
No: Necesita compañía para cualquier compra.		
No: Incapaz de cualquier compra.		

Índice de Lawton	Sí	No
	(1 punto)	(0 punto)
6. Cocina		
Si: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.		
No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesaria.		
No: Calienta, sirve y prepara, pero no lleva una dieta adecuada.		
No: Necesita que le preparen los alimentos.		
7. Cuidado del hogar		
Si: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.		
Si: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.		
Si: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.		
No: Necesita ayuda en todas las actividades.		
No: No participa.		
8. Lavandería		
Si: Se ocupa de su ropa independientemente.		
Si: La va solo pequeñas cosas.		
No: Todo se lo tienen que lavar.		
Calificación de Lawton		
En mujeres:		
Independencia total: 8 puntos		
Deterioro funcional: < 8 puntos		
En hombres:		
Independencia total: 5 puntos		
Deterioro funcional: < 5 puntos		

Resultados

Fuente: Stefanacci y Wasserman⁸

Área Mental

Es posible ralentizar el declive de la función cognitiva, y a veces incluso revertirlo, mediante hábitos generales más saludables, la estimulación cognitiva y una mayor participación social. La función cognitiva puede verse afectada por disminución de la capacidad intrínseca en el adulto mayor¹⁴.

Con el objetivo de evaluar el estado cognitivo el Instituto Nacional de Geriatría de México¹³ propone la prueba de detección cognitiva leve (MiniCog), como un instrumento simple y rápido para detectar probable deterioro cognitivo. Es apropiado para ser utilizado en todos los establecimientos de salud y aplicable en adultos mayores de diferentes culturas, idioma y grado de escolaridad. Se compone de dos secciones, la primera es una prueba de tres palabras y la segunda el dibujo de un reloj. La inclusión del dibujo de un reloj permite evaluar varios dominios cognitivos como: memoria, comprensión del lenguaje, habilidades visuales y habilidades motrices y funciones ejecutivas. Las pautas de interpretación señalan probable deterioro cognitivo de 0 a 2 puntos, se recomienda una evaluación más amplia. Muy poco probable que haya deterioro cognitivo de 3 a 5 puntos, (tabla 3).

Tabla 3. Mini-Cog TM**Sección 1. Registro de tres palabras**

Instrucción para la persona mayor:

- Escuche con atención. Voy a decir tres palabras que usted va a repetir ahora y trate de recordarlas. Las palabras son:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Registre las palabras que se mencionaron a la persona mayor.

- Ahora repita las palabras.

Nota: Si la persona no logra repetir las tres palabras en un primer intento, dígale las tres palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las palabras después de tres intentos, continúe con la siguiente sección.

- El personal de salud pregunta a la persona mayor: ¿Tiene usted alguna pregunta antes de continuar?

Sección 2. Dibujo del reloj

Proporciona una hoja de papel con un círculo impreso o dibujado y un lápiz de grafito y dígale las siguientes frases en el orden indicado:

- Dibuje un reloj; primero, coloque los números donde van.
- Coloque las manecillas del reloj en la posición que indique las 11:10

Registre con una x o ✓ según sea el caso



Reloj normal

Asigne 2 puntos



Agujas incorrectas

Asigne 0 puntos



Faltan algunos números

Asigne 0 puntos

Sección 3. Evocación de tres palabras

Dígales a las personas:

- ¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordará?

Correcta: _____

Incorrecta: _____

Correcta: _____

Incorrecta: _____

Registre marcando con una x o ✓ según sea el caso por cada palabra evocada por la persona mayor.

Sume los resultados del dibujo del reloj y evocación de palabras.

Interpretación

Registre marcando con una x o ✓ según sea el caso

- De 0 a 2 puntos; probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia.
- De 3 a 5 puntos, muy poco probable que haya deterioro cognitivo.

Resultado global: _____

Fuente: Instituto Nacional de Geriatría¹³**Área afectiva**

En 1982 Sheikh y Yesavage¹⁵, diseñaron un instrumento que evalúa el estado afectivo de los adultos mayores, facilita el tamizaje de depresión y diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio, la escala depresión geriátrica de Yesavage abreviada, está integrado por 15 ítems en formato de respuestas dicotómicas, cada ítem se valora con valor de 0 o 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo.

Con el objetivo de minimizar el efecto quiescente, el sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular tendencias a responder en un solo sentido. De esta manera, el Instituto Nacional de Geriatría de México¹⁴ orienta las pautas de interpretación como no depresión de 0 a 5 puntos, probable depresión de 6 a 9 puntos y depresión establecida de 10 a 15 puntos, (tabla 4).

Tabla 4. Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems	SI ()	NO ()
1. ¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI (0)	No (1)
6. ¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI (1)	No (0)
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problema que la mayoría de la gente?	SI (1)	No (0)
11. ¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un/una inútil?	SI (1)	No (0)
13. ¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI (1)	No (0)
14. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI (0)	No (1)
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI (1)	No (0)
Interpretación: _____	Resultado: _____	
Marcando con una √ de acuerdo con el resultado obtenido		
No depresión: 0-5 puntos		
Probable depresión: 6 - 9 puntos		
Depresión establecida 10- 15 puntos		

Fuente: Instituto Nacional de Geriatría¹³

Área social

Según, Godoy y Ramírez¹⁶, la escala de recursos sociales identifica el tipo de recursos sociales con los que cuenta el adulto mayor. Es un cuestionario compuesto por 13 preguntas que exploran la composición de los recursos sociales disponibles: familia, amistades, visitas, percepción de apoyo, es decir, la disponibilidad de ayuda para la persona mayor en caso de necesitarlo. Las pautas de interpretación indican que, con base en las respuestas de la persona mayor, se evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales con valor de 1 punto, hasta recursos sociales totalmente deteriorados con valor de 6 puntos, (tabla 5).

Tabla 5. Escala de Recursos Sociales

Escala de Recursos Sociales		
Nombre: _____	Sexo: _____	Fecha: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Fecha: _____
Me gustaría que responda algunas preguntas acerca de su familia y amigos:		
1. ¿Cuál es su estado civil?		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado		
2. Si la respuesta es casado, pregunte: ¿Vive su esposo ?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde		
3. ¿Con quién vive usted? Anote más de una respuesta, si es necesario		
<input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijos (as) <input type="checkbox"/> Nietos (as) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos (as) <input type="checkbox"/> Otros familiares no incluidos en las categorías anteriores		
<input type="checkbox"/> Amigos (as) <input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Cuidadores pagados <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____		

Escala de Recursos Sociales

4. ¿Con cuántas personas vive? _____

5. En el último año, ¿Cuántas veces visitó a su familia o amigos, durante los fines de semana o las vacaciones o para ir de compras o de excursión?

Nunca Cada seis meses Cada tres meses Cada mes Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones Menos de una vez a la semana De una a tres veces a la semana Más de cuatro veces a la semana

6. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en su casa?

Ninguna Una o dos De tres o cuatro Cinco o más

7. En la última semana ¿Cuántas veces hablo por teléfono con amigos, familiares u otros, ya sea porque les llamo usted o ellos le llaman? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta se realiza)

Ninguna vez Una vez a la semana Dos a seis veces a la semana Más de seis veces a la semana Una vez al día

8. ¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

Ninguna vez Una vez al día De dos a seis veces al día Más de seis veces al día

9. ¿Tiene a una persona en quien confiar?

Sí No Especifique: _____

10. ¿Con qué frecuencia se siente solo o siente soledad?

Casi nunca Algunas veces A menudo

11. ¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o usted se siente algo triste porque los ve pocas veces?

Algunas veces me siento triste por las pocas veces que vienen Los veo tan a menudo como yo quisiera

12. ¿Hay alguien que le ayudaría si usted se enferma o quedara incapacitado(a); por ejemplo, su esposo(a), un miembro de su familia o un amigo(a)?

Sí. Si ha contestado «Sí», preguntar A y B. No

A. ¿Hay alguien que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto tiempo u ocasionalmente?

De vez en cuando o de forma pasajera (ir al médico, preparar la comida)

Durante un corto período de tiempo (semanas hasta seis meses)

De forma indefinida

B. ¿Quién es esa persona?

Nombre: _____ Relación: _____

13. ¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos

Muy insatisfactoria Insatisfactoria Muy satisfactoria Satisfactoria

Interpretación

Marcando con una √ determina los recursos sociales que posee el adulto mayor con base a estructura familiar, patrones de amistades, visitas sociales, disponibilidad de cuidador en caso de enfermedad o incapacidad funcional.

Excelentes recursos sociales

Buenos recursos sociales

Recursos sociales ligeramente deteriorados

Recursos sociales moderadamente deteriorados

Recursos sociales bastante deteriorados

Recursos sociales totalmente deteriorados

Evalúe los recursos sociales según la mejor descripción de las circunstancias presentes en el adulto mayor:

1. **Excelentes recursos sociales:** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él o ella indefinidamente.

2. **Buenos recursos sociales:** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente. Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.

3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados:** Las relaciones son muy insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero al menos, una persona cuidaría de él o ella indefinidamente. Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería solo por un corto espacio de tiempo.

Escala de Recursos Sociales

4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados:** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas, aunque solo obtendría ayuda de vez en cuando.
5. **Recursos sociales bastantes deteriorados:** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias, aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. **Recursos sociales totalmente deteriorados:** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

Fuente: Godoy y Ramírez¹⁶

La evaluación geriátrica es una herramienta multidimensional vinculada a optimizar las oportunidades de bienestar nutricional, funcional, mental, afectiva y social tiene por objetivo diseñar un plan de abordaje individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador en el adulto mayor a nivel institucional y comunitario que contribuya al envejecimiento saludable.

CONCLUSIONES

El envejecimiento humano implica el declive funcional con mayor riesgo de comorbilidades, la disminución de las capacidades físicas y mentales. Además, suceden cambios importantes en la dinámica familiar, social y en los entornos en que viven los adultos mayores que pueden influir significativamente en la salud, pudiendo favorecer o perjudicar la calidad de vida.

Considerando, que la capacidad intrínseca en el adulto mayor se encuentra determinada por muchos factores, entre ellos los cambios fisiológicos, metabólicos y psicológicos, los comportamientos relacionados con la salud, la presencia o ausencia de enfermedades y en gran medida de los entornos en los que las personas han vivido a lo largo de su vida.

La valoración geriátrica integral es una herramienta que en el primer nivel de atención y a nivel comunitario facilita el abordaje multidisciplinario y centrado en el adulto mayor que fortalece la calidad de la atención en salud. Permite evaluar todas las dimensiones relevantes para su salud, e identifica apropiadamente factores de riesgo de condiciones de incapacidad y dependencia funcional, deterioro cognitivo, riesgo de depresión, riesgo de desnutrición y de interacciones sociales deterioradas. Además, establecer acciones de promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan para la década del envejecimiento saludable 2020-2030, OMS; Disponible en <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.
2. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Nicaragua. Anuario Estadístico. INIDE 2021. Managua. Disponible en <https://www.inide.gob.ni/Home/Anuarios>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cartera de programas basados en la evidencia para la atención integrada y centrada en la persona para personas mayores en el nivel de atención primaria de salud. 2022; Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325810>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2015; Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.

5. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley No. 720. Ley del adulto mayor. La Gaceta. 2010; No. 111.
6. Wanden-BergheCarmina.Valoracióngeriátricaintegral.Hosp.domic. [Internet].2021;5(2):115-124:Disponible en: [https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i2.6278](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004&lg=es.Epub13-Sep-021. https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136.7. Rivadeneira J, Fuenmayor-González L, Jácome-García M, Fajardo-Loaiza T, Montalvo-Calahorrano A, Guerra-Tello M, Herrera-Jumbo P, Castillo L. Integrative geriatric assessment. A narrative review of the scales and their use in Ecuador. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024; 49(2): Disponible en: <a href=).
8. Stefanacci RG , Wasserman MR. Evaluación geriátrica integral. Manuales Merck [Internet]. 2024 [citado 10 de julio 2025]; Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/geriatria>
9. Orozco Crespo, Julio Cesar. Efectividad de la valoración geriátrica integral. Gaceta Médica Boliviana [Internet]. 2023; 46(2), 28-31. <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.604>.
10. Chavarro, D., et al. Escalas de uso frecuente en geriatría [Internert]. 2020. [citado 3 de febrero 2025]; Disponible en: <http://hdl.net/10554/53402>
11. Espinosa, E., Abril-Ulloa, H., Victoria, & Encalada T, Lorena. 2019. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores. Revista chilena de nutrición. [Internet]. 2019 [citado 31 de enero 2025]; 46(6), 675-682. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000600675>
12. Deossa-Restrepo GC, Restrepo-Betancur LF, Velázquez-Vargas JE, Varela Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Rev Univ. Salud [Internet]. 2016 [citado 14 de enero 2025]; 18(3):494-504. Disponible en: <https://revistas.udesar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3108>.
13. Instituto Nacional de Geriatría. Guía de instrumento de evaluación geriátrica integral. México 2020; [citado 3 de febrero 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inger/documentos/guia-de-instrumentos-de-evaluacion-geriatrica-integral>.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía sobre la evaluación y los esquemas de la atención centrada en la persona en la atención primaria de salud. 2020; Disponible en:https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_3.
15. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research, 1982; 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
16. Godoy, L., Ramírez, M. Guía para la atención a personas adultas mayores en centros de larga estadia. 2021; Disponible en : <https://iberoamericamayores.org/2022/11/01/bolivia-guia-para-la-atencion-a-personas-adultas-mayores-en-centros-de-larga-estadia/>