

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Monterrey, N.L. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, he sido invitado a participar en el estudio desarrollado por los estudiantes de la Unidad de Aprendizaje Tópicos selectos de nutrición Geriatría: Valoración geriátrica del adulto mayor y acepto participar de manera voluntaria.

Se me ha explicado que mi participación consistirá permitir que realicen unas mediciones corporales y en contestar una serie de cuestionarios como son:

* Datos generales y clínicos
* Mini-Nutritonal Assessment (MNA), versión corta (con mediciones antropométricas).
* Cuestionario FRAIL
  + Cuestionario SARC-F para la detección de sarcopenia
* Escala de Pfeiffer
* Escala de depresión geriátrica de Yesavage
* Escala de Recursos Sociales OARS
* Índice de Katz
* Escala de Lawton y Brody

Me han enterado que toda la información que proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto. La investigadora principal de este estudio y los estudiantes que participan, son responsables del resguardo de los datos personales que proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Con la finalidad de proteger mi identidad seré identificado(a) con un código de tal manera que, al dar a conocer los resultados de este estudio con fines científicos, no podré ser identificado(a).

Me comentaron que estoy en plena libertad de negarme a participar o de retirar mi participación en cualquier momento, sin que esto me afecte.

Así también se me ha informado que si alguna de las preguntas me hiciera sentir un poco incómodo(a), tengo el derecho de no responderla. Que en caso de tener alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puedo comunicarme con la investigadora responsable del proyecto Dra. Magdalena Soledad Chavero Torres, al teléfono 831340-4893, extensión 3053; en un horario de 7:00 a 15:00 hrs. o al correo electrónico [magdalena.chaverotr@uanl.edu.mx](mailto:magdalena.chaverotr@uanl.edu.mx) o [sol\_chaverot@hotmail.com](mailto:sol_chaverot@hotmail.com)

Si usted acepta participar en el estudio, le pedimos sea tan amable de firmar.

***Declaración de la persona que da el consentimiento***

* Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
* Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
* He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información, está de acuerdo en participar en este estudio y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

**Registre su nombre y firma en este documento.**

**PARTICIPANTE:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha/hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha/hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma de testigo:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha/hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TÓPICOS SELECTOS DE NUTRICIÓN GERIATRÍA**

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

**EVIDENCIA 2**

**DATOS GENERALES**

**Instrucciones***:* agradezco su participación en la entrevista. Iniciaremos con la encuesta de datos generales y clínico – médicos, le pido que me responda cada una de las siguientes preguntas:

**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha** / /  **Hora de inicio** \_\_\_\_\_\_hrs

**Nombres(s) apellido/materno**

**Dirección actual donde vive**

**Calle Numero Colonia Municipio C.P.**

**Teléfono de casa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Edad**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años **Fecha de nacimiento** / / .

día mes año

**Dígame por favor el nombre completo de su mamá: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Recuerde que el apellido de la mamá del adulto mayor lo utilizará en la evaluación de Pfeiffer***

**Medicamentos que consume al momento de la entrevista (nombre/dosis (frecuencia/motivo de prescripción o uso):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pregunta** | **Sí** | **No** |
| **1. ¿Tiene usted problemas para escuchar?** |  |  |
| **2. ¿Siente usted que tiene perdida de la audición (capacidad para escuchar)?** |  |  |
| **3. ¿Tiene dificultad para entender la conversación?** |  |  |
| **4. ¿Tiene dificultad para ver?** |  |  |
| **5. ¿Tiene temor a caerse?** |  |  |
| **6. ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos dos años?** |  | |
| **7. ¿Cuantas veces se ha fracturado en los últimos dos años?** |  | |
| **8. Si la respuesta es sí**, ¿Qué parte del cuerpo se ha fracturado en los dos últimos años?, seleccione las reportadas:  Brazo\_\_\_\_ Cadera \_\_\_\_\_ Muñeca \_\_\_\_\_ Hombro \_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Le preguntaré información relacionada a su persona, su salud y su estilo de vida. Antes de iniciar ¿tiene usted alguna duda o inquietud que le gustaría comentar o resolver? (Se resuelve cualquier duda).

**Instrucciones**: subraye la(s) respuesta (s) o responda, según sea el caso.

|  |  |
| --- | --- |
| **9. ¿Cuál es su estado civil?**  1) Casado 2) Viudo 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Soltero 6) Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **10. ¿Cuántos hijos tiene?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **11. ¿Con quién vive? (*Puede señalar más de una opción*)**  1) Solo 2) Con su pareja 3) Hijos 4) Hermanos 5) Nietos 6)Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **12. ¿Depende económicamente de alguien?**  1) No 2) De su pareja 3) De sus hijos 4) De hermanos 5) De nietos 6) Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **13. ¿En que trabaja?**  1) Hogar 2) Fuera del hogar 3) Pensionado 4) Jubilado | |
| **13 A.** Si trabaja fuera del hogar describir ¿en que trabaja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **14. ¿Cuantos años estudio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **15. ¿Cuál es su escolaridad máxima?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Le voy a mencionar una lista de enfermedades y síntomas, le pido que me diga cuales padece actualmente. Estas enfermedades que usted me reporte con UN SI, deberán de haber sido diagnosticadas por un médico.

**Instrucciones:** Si el adulto mayor entrevistado presenta el padecimiento pregunte: ¿está tomando medicamentos? Y luego coloque en la línea el número que corresponda a la respuesta. Para cada res puesta aparecerán las siguientes opciones:

**Claves: 0 =No padece 1 =Si / con medicamento 2 =Si / sin medicamentos 3 =No sabe si lo padece**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿**Padece actualmente de** | **Respuesta**  **(número)** |
| **15. DIABETES** (azúcar en sangre)? |  |
| **16. HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (presión alta)? |  |
| **17. COLESTEROL ALTO?** |  |
| **18. TRIGLICÉRIDOS ALTOS?** |  |
| **19. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES?** |  |
| **20. ENFERMEDAD DEL CORAZON?** |  |
| **21. INSOMNIO** (dificultad para conciliar el sueño)? |  |
| **22. ENFERMEDAD ARTICULAR** (artritis, artrosis)? |  |
| **23. OSTEOPOROSIS?** |  |
| **24. DEPRESIÓN** (tristeza sin explicación o motivo aparente)? |  |
| **25. COLITIS** (dolor por inflamación en el vientre, diarrea)? |  |
| **26. GASTRITIS**? |  |
| **27. ENFERMEDAD HEPÁTICA** (hígado, hepatitis, cirrosis)? |  |
| **28. ENFERMEDAD RENAL** (del riñón como insuficiencia renal aguda o crónica)? |  |
| **29. ENFERMEDAD RESPIRATORIA** (asma, enfermedad pulmonar, alergia)? |  |
| **30. TIROIDES** (hipotiroidismo: disminución de la glándula tiroides)? |  |
| **31. PARKINSON** (rigidez y temblores anormales en el cuerpo)? |  |

**32.** **¿Fuma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí** **32A** ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**33. ¿Toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**33 A Si la respuesta es sí,** ¿Cuántos tragos bebe a la semana? \_\_\_\_\_\_

**33B.** Tipo de bebida que consume \_\_\_\_\_\_\_\_

**34. Realiza alguna actividad física** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**34 A. Si la respuesta es sí**, ¿Qué tipo de actividad física realiza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**34B.** Días por semana que realiza esta actividad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **34C**. Tiempo (o duración) por día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**35. Ha padecido Covid-19** \_\_\_\_\_\_ Si la respuesta es SI, mencione la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tomo tratamiento para el Covid-19? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

**Instrucciones**: Continuaremos con la segunda encuesta relacionada a nutrición. Le haré algunas preguntas que responderá de acuerdo a su persona:

**MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA®**

Sexo: Edad: años Peso: Kg Altura: cm

Método para determinar altura (talla): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones para en estudiante:** Anote en la línea el número que corresponde a la respuesta según sea el caso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J | **¿Cuántas comidas completas toma al día?**  0 = 1 comida  1 = 2 comidas  2 = 3 comidas | |
| K | **Consume el paciente**   * **productos lácteos** al menos   una vez al día Sí No   * **huevos o legumbres**   1 o 2 veces a la semana Sí No   * **carne, pescado o aves, diariamente** * 0.0 = síes 0 o 1 Sí No   0.5 = síes 2  1.0 = síes 3 | |
| L | **Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día**  0 = no 1 = sí | |
| M | **¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza…)**  0.0 = menos de 3 vasos  0.5 = de 3 a 5 vasos  1.0 = más de 5 vasos | |
| N | **Forma de alimentarse**  0 = necesita ayuda  1 = se alimenta solo con dificultad  2 = se alimenta solo sin dificultad | |
| O | **¿Se considera el paciente que está bien nutrido?**  0 = malnutrición grave  1 = no lo sabe o malnutrición moderada  2 = sin problemas de nutrición | |
| P | **En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?**  0.0 = peor  0.5 = no lo sabe  1.0 = igual  2.0 = mejor | |
| Q | **Circunferencia braquial (CB en cm)**  0.0 = CB < 21  0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  1.0 = CB > 22 | |
| R | **Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**  0 = CP < 31  1 = CP ≥ 31 | |
| **Evaluación** (máx. 16 puntos) **Cribaje**.  **Evaluación global** (máx. 30 puntos) | | |
| **Evaluación del estado nutricional** | | |
| De 24 a 30 puntos | | Estado nutricional normal |
| De 17 a 23.5 puntos | | Riesgo de malnutrición |
| Menos de 17 puntos | | Malnutrición |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**  0 = sí 2 = no  \_\_\_\_\_\_ |
| E | **Problemas neuropsicológicos**  0 = demencia o depresión grave  1 = demencia moderada  2 = sin problemas psicológicos  \_\_\_\_\_\_ |
| F | **Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²**  **Dígame su peso: Kg y su estatura: cm**  0 = IMC <19  1 = 19 ≤ IMC < 21  2 = 21 ≤ IMC < 23  3 = IMC ≥ 23 |
| Evaluación del cribaje  (subtotal máx. 14 puntos)  12-14 puntos: estado nutricional normal  8-11 puntos: riesgo de malnutrición  0-7 puntos: malnutrición  Puntuación total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |

**CUESTIONARIO FRAIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Puntuación** |
| **[Fatigue (fatiga)]**  1. En las últimas 4 semanas;  ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado? | 1 = Todo el tiempo  2 = La mayor parte del tiempo  3= Algo de tiempo  4 = Muy poco tiempo  5 = Nada de tiempo  Respuestas 1 o 2 son puntuadas como 1 y el resto como 0. |
| **[Resistance (resistencia)]**  2. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera;  ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)? | 1 = Si  0 = No |
| **[Aerobic (actividad aeróbica)]**  3. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera;  ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar? | 1 = Si  0 = No |
| **[** **Illnesses (enfermedades)]**  4. Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta:  ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?  ***Señala las enfermedades que padece el adulto mayor.*** | 1 = Si  0 = No.  ***El total de enfermedades (0-11) son recodificadas como:***  ***0-4 enfermedades = 0 y 5-11 enfermedades = 1***  ***Subraye las enfermedades que padece el adulto mayor***  Las enfermedades incluyen: hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer (otro que no sea un cáncer menor en piel), enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartrosis y artritis reumatoide), enfermedad vascular cerebral (embolia) y enfermedad renal crónica. |
| **[Lost of weight (pérdida de peso)]**  5. ¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual]”  Hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos? [Peso hace un año] | El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera:  **[(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] \* 100.**  Si la pérdida de peso es ≥5% se suma un punto **(+1)**,  si es ≤4 se puntúa como **0** |

|  |
| --- |
| **Interpretación** |
| El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente.  - **Probable fragilidad**: 3 a 5 puntos.  - **Probable pre-fragilidad**: 1 a 2 puntos.  - **Sin fragilidad o robustez**: 0 puntos. |

**CUESTIONARIO SARC-F PARA LA DETECCIÓN DE SARCOPENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item** | **Preguntas** | **Puntuacón** |
| **Fuerza** | ¿Qué grado de dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos? | Ninguna = 0  Alguna = 1  Mucha o incapaz = 2 |
| **Asistencia al caminar** | ¿Qué grado de dificultad tienepara  cruzar caminando por un cuarto? | Ninguna = 0  Alguna = 1  Mucha, usando auxiliares, o incapaz = 2 |
| **Levantarse de una silla** | ¿Qué grado de dificultad tiene para  levantarse de una silla o cama? | Ninguna = 0  Alguna = 1  Mucha o incapaz sin ayuda = 2 |
| **Subir escaleras** | ¿Qué grado de dificultad tiene para  subir 10 escalones? | Ninguna = 0  Alguna = 1  Mucha o incapaz = 2 |
| **Caídas** | ¿Cuántas veces se ha caído en el  último año? | Ninguna = 0  1 a 3 caídas = 1  4 o más caídas = 2 |

**La puntuación total es > 4 puntos se define como sarcopenia.**

**Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. age Ageing. 2019;48(1):16-31.**

**ESCALA SPMSQ DE PFEIFFER (Short Portable Mental State Questionnaire)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

**Instrucciones**: Realizaré ahora el cuestionario relacionado a su orientación, memoria, concentración y cálculo. Si alguna respuesta no se la sabe o no la conoce, no se preocupe solo hágamelo saber para pasar a la siguiente pregunta.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pregunta** | **Puntos**  **0 correcto 1 error** |
| 1. ¿Qué fecha es hoy (día, mes, año)? |  |
| 2. ¿Qué día de la semana? |  |
| 3. Nº teléfono o dirección |  |
| 4. ¿Dónde estamos ahora? |  |
| 5. ¿Qué edad tiene? |  |
| 6. ¿Cuándo nació (día, mes y año)? **Estudiante: verifica en encuesta de Datos Generales** |  |
| 7. ¿Quién es el presidente del gobierno? |  |
| 8. ¿Quién era anterior presidente gobierno? |  |
| 9. ¿Cuál era 1º apellido de su madre? **Estudiante: verifica en encuesta de Datos Generales** |  |
| 10. Reste de 3 en 3 desde 20 (***cualquier error se tomará como respuesta errónea***).  ***Se recomienda que el evaluador tenga una nota con los cálculos correctos al momento de la entrevista del adulto mayor.*** |  |
| ***Total de puntos obtenidos*** |  |
| ***Interpretación:*** |  |

**INTERPRETACIÓN**

**Se adjudica un punto por cada error.**

**Entre 0-2: se considera normal**

**Entre 3-4: deterioro cognitivo leve**

**Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado**

**Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo**

***Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.***

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA TEST DE YESAVAGE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

**Instrucciones**: Responda a cada una de las siguientes preguntas de acuerdo a como se ha sentido usted ***durante la última semana.***

**Estudiante: Subrayar o encierra la respuesta que corresponde al adulto mayor entrevistado.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1- En general ¿Está satisfecho con su vida? | si | **NO** |
| 2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | **SI** | no |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | **SI** | no |
| 4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? | **SI** | no |
| 5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | si | **NO** |
| 6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? | **SI** | no |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | **NO** |
| 8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido? | **SI** | no |
| 9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? | **SI** | no |
| 10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | **SI** | no |
| 11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo? | si | **NO** |
| 12- ¿Actualmente se siente un/a inútil? | **SI** | no |
| 13- ¿Se siente lleno/a de energía? | si | **NO** |
| 14- ¿Se siente sin esperanza en este momento? | **SI** | no |
| 15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | **SI** | no |
| SUME TODAS LAS **RESPUESTAS SI Y NO EN MAYÚSCULAS SUBRAYADAS = 1 ,**  Las respuestas si y no (en minúscula y sin subrayar) tienen un valor de = 0 | | |
| **PUNTUACIÓN TOTAL** |  | |
| **INTEPRETACIÓN** | | |
| Normal: 0 - 4  Riesgo a depresión: ≥ 5 | | |

**OARS SOCIAL RESOURCE SCALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

**Instrucciones:** Me gustaría hacerle preguntas acerca de sus familiares y amigos. Le pido responda de manera sincera según sea su caso:

**Estudiante: Subrayar la respuesta que corresponde al adulto mayor entrevistado.**

1. **¿Su estado civil es?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) Soltero | 2) Casado (a) | 3) Viudo(a) | 4) Divorciado(a) | 5) Separado(a) |

1. **¿Quién vive con usted? (ponga sí/no):**
2. Nadie b) Esposo/a c) Hijos d) Nietos e) Padres f) Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

g) Hermanos/as h) Otros familiares i) Amigos/as j) Cuidadores pagados

1. **¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?**

3: mayor 5 2:3-4 1: Una vez 0: Ninguna //No responde

1. **¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?**

3: Una vez al día o más 2: 2-6 veces 1: Una vez 0: Ninguna //No responde

1. **¿Cuántas veces durante la semana pasada ha visto a personas que no viven con usted? (visitas, etc.)**

3: Una vez al día o más 2: 2-6 veces/semana 1: Una vez 0: Ninguna //No responde

1. **¿Tiene usted alguna persona en quien confiar?**

1: Sí 2: No // No responde

1. **¿Se encuentra solo o se siente en soledad?**

1: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo //No responde

1. **¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?**

1: Sí 0: No // No responde

1. **¿Si alguna vez necesitase usted ayuda por encontrarse incapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda?**

1: Sí 0: No

*Sí ha contestado Sí: ¿Esa persona cuidaría de usted?*

*De forma indefinida*

*Durante un corto período de tiempo (semanas o 6 meses)*

*Sólo de forma pasajera (para ir al médico, a comer, etc.)*

*// No responde*

*¿Quién es esa persona? Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**INDICE DE KATZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

Ahora realizaré un cuestionario para medir su grado de dependencia, será una serie de preguntas basadas en actividades cotidianas. No hay respuestas correctas ni incorrectas ya que dependerán de su capacidad para realizar las actividades. Le pido de favor que responda siendo lo más sincero (a) posible:

**Estudiante: Subrayar la respuesta que corresponde al adulto mayor entrevistado.**

**Importante:** Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1 Baño (esponja, regadera o tina) | **Independiente**. Se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar alguna zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía). |
| **Dependiente**. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para entrar o salir en la bañera o no se baña solo(a). |
| 2. Vestido | **Independiente**. Selecciona la ropa de los cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos. |
| **Dependiente**. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido. |
| 3. Uso del sanitario | **Independiente**. Va al sanitario solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores. Puede o no usar soportes mecánicos. |
| **Dependiente**. Precisa ayuda para ir al sanitario. |
| 4. Movilidad | **Independiente**. Se levanta y se acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. Puede o no usar soportes mecánicos. |
| **Dependiente**. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos. |
| 5. Continencia | **Independiente**. Control completo de micción y defecación. |
| **Dependiente**. Incontinencia parcial o total de la micción o la defecación. Utiliza pañal. |
| 6. Alimentación | **Independiente**. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne. |
| **Dependiente**. Necesita ayuda para comer, no come en lo absoluto requiere alimentación parenteral. |
| Puntuación total |  |

**Interpretación:**

A. Independiente en todas sus funciones.

B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.

C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.

D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario y otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

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

**ESCALA DE LAWTON Y BRODY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Folio: | Fecha: |

**Instrucciones**: Finalmente le preguntaré sobre algunas actividades de su vida cotidiana. Le agradezco responda lo más sinceramente posible, según sea su caso.

**Estudiante: Subrayar la respuesta que corresponde al adulto mayor entrevistado.**

|  |  |
| --- | --- |
| Escala de la actividad instrumental de vida diaria | Puntos |
| **1.Capacidad para usar el teléfono:** | |
| Utilizar el teléfono por iniciativa propia……………………………………………….  Es capaz de marcar bien algunos números familiares…………………………………  Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar……………………………..........  No utiliza el teléfono…………………………………………………………………. | 1  1  1  0 |
| **2. Hacer compras:** | |
| Realiza todas las compras necesarias independientemente…………………………....  Realiza independientemente pequeñas compras………………………………………  Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra………………………………  Totalmente incapaz de comprar………………………………………………………. | 1  0  0  0 |
| **3. Preparación de la comida:** | |
| Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente…………………...  Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes………...  Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada…………….  Necesita que le preparen y sirvan la comida…………………………………………. | 1  0  0  0 |
| **4. Cuidado de la casa:** | |
| Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)………………….  Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas………………….  Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza………  Necesita ayuda en todas las labores de la casa………………………………………..  No participan en ninguna labor de la casa……………………………. | 1  1  1  1  0 |
| **5. Lavado de la ropa:** | |
| Lava por si solo toda su ropa……………………………………………………  Lava por si solo pequeñas prendas…………………………………………….  Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro…………………………. | 1  1  0 |
| **6. Uso de medios de transporte:** | |
| Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche……………………………  Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte……………………..  Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona………………..  Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros…………………………………..  No viaja en absoluto………………………………………………………………………. | 1  1  1  0  0 |
| **7. Responsabilidad respecto a su medicación:** | |
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta………………………  Toma su medicación si la dosis es preparada previamente……………………….  No ese capaz de administrarse su propio medicamento…………………………. | 1  0  0 |
| **8. Manejo de sus asuntos económicos:** | |
| Se encarga de sus asuntos económicos por si solo……………………………….  Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes  Compras, bancos……………………………………………….  Incapaz de manejar dinero…………………………………… | 1  1  0 |
| TOTAL |  |

**Interpretación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mujeres** (8 funciones) | **Hombres** (5 funciones) |
| Dependencia total 0-1 | Dependencia total 0 |
| Dependencia grave 2-3 | Dependencia grave 1 |
| Dependencia moderada 4-5 | Dependencia moderada 2-3 |
| Dependencia ligera 6-7 | Dependencia ligera 4 |
| Autónoma 8 | Autónomo 5 |