



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR
SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DE
AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR

Martha Mireille Sequeira Flores

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR(ES)

Dr. Juan Antonio Vidales Olivo

Aguascalientes, Ags., febrero 2018



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NÚMERO 1, AGUASCALIENTES**

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARTHA MIREILLE SEQUEIRA FLORES

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2017-101-023** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. Martha Mireille Sequeira Flores, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO
INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR. ESPECIALISTA EN GERIATRÍA Y MEDICINA INTERNA



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

DR. JORGE PRIETO MACÍAS

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARTHA MIREILLE SEQUEIRA FLORES

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2017-101-023** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. Martha Mireille Sequeira Flores, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

Sin otro particular, agradezco a Usted su atención, enviándole un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

Carlos A. Prado A.

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



MARTHA MIREILLE SEQUEIRA FLORES
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DE AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 11 de Enero de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme realizar mis metas y cumplir mis sueños. Por darme salud, fuerza e iluminarme cada día de mi existencia.

A mis padres por ser fuente de ejemplo, mis pilares y apoyo en cada etapa y proceso de mi formación. Haciendo suyos cada uno de mis logros con amor y orgullo.

A mis hermanos por el apoyo constante y por todo el amor que me otorgan.

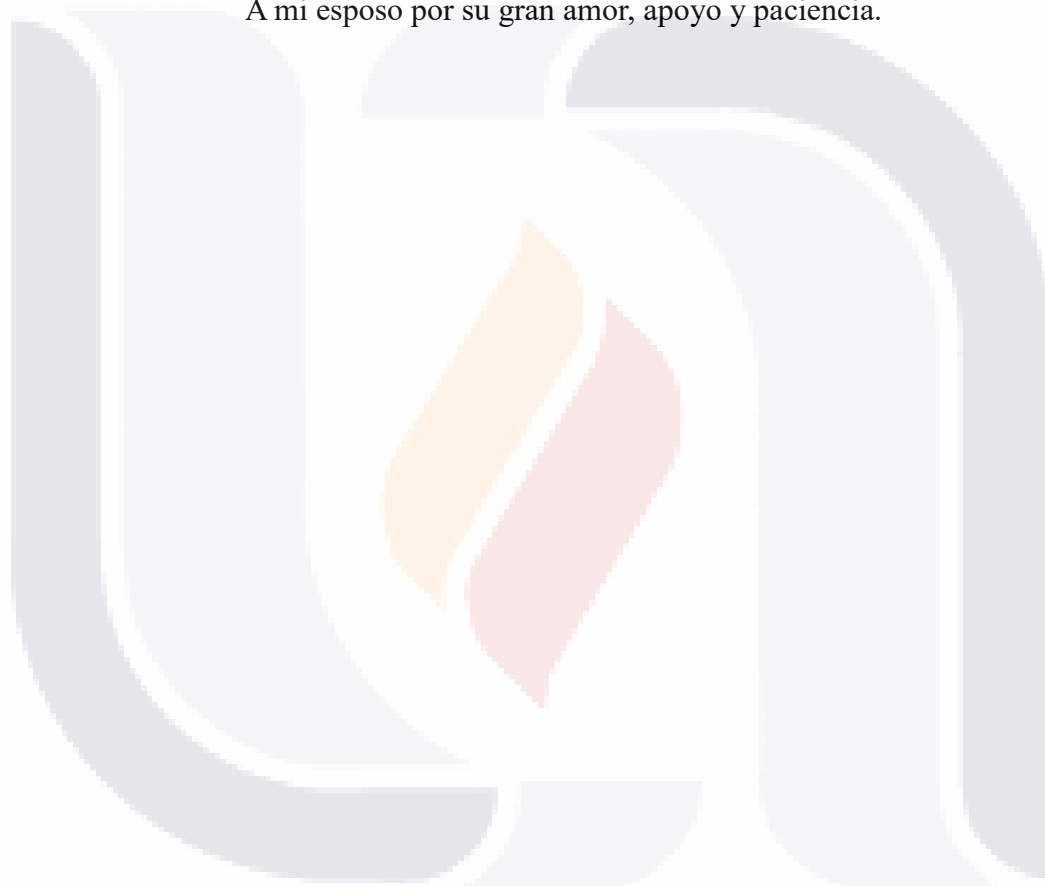
A mi recién esposo por apoyarme en los días difíciles, por el amor y la paciencia en esta etapa de mi vida.

A la Doctora Ana Hortensia López Ramírez y al Dr. Juan Antonio Vidales Olivo por su apreciable apoyo, enseñanzas y tutela.

DEDICATORIAS

A mis padres y hermanos por su inagotable apoyo, por su amor, por ser mis guías de vida,
por ser mi impulso e inspiración.

A mi esposo por su gran amor, apoyo y paciencia.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS	3
ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I. MARCO TEÓRICO	9
I.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	9
I.2. MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES	13
<i>I. 2. A. Conocimiento</i>	13
<i>I.2. A.I Definición de conocimiento</i>	13
<i>I.2. A. II. Clases de Conocimiento</i>	13
<i>I. 2. A. III. Niveles de Conocimiento</i>	14
<i>I.2. A. IV. Teoría del Conocimiento</i>	15
<i>I.2. A. V. Pirámide de Miller</i>	16
<i>I. 2. B. Médico Familiar</i>	16
<i>I. 2. B. I. Áreas de práctica profesional del médico familiar</i>	17
<i>I.2. B. II. Funciones del médico familiar</i>	17
<i>I.2. C. Valoración Geriátrica Integral (VGI)</i>	18
<i>I.2. C. I. Guía de Práctica Clínica sobre valoración geriátrica integral</i>	19
II. JUSTIFICACIÓN	25
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
<i>III.1.A. Descripción de las características sociodemográficas de la población en estudio</i>	26
<i>III.1. B. Panorama del estado de Salud</i>	26
<i>III.1.C. Sistema de Atención a la Salud</i>	27
<i>III.1.C.I. Normas</i>	28

III.I.C. II. Guía de Práctica Clínica.....	29
III.II.A Descripción de la naturaleza del problema.....	29
III.II.B Descripción de la distribución del problema.....	31
III.II.C Descripción de la gravedad del problema.....	31
III.III.A Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.	32
III.III.B Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo	33
III.IV.A Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema	33
III.IV.B Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizará para solucionar el problema.....	34
III.IV.C Lista de conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema	35
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	36
V. OBJETIVOS.....	36
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
VI.1. Tipo de estudio	37
VI.2. Universo de estudio	37
VI.3. Sede del estudio	37
VI.4. Periodo de estudio.....	37
VI.5. Muestreo y tamaño de muestra	37
VI.6. Criterios de selección.....	37
VI.7. Descripción del estudio	38
VI.8. Técnica de recolección de datos e instrumento medición.....	39
VI.9. Descripción del instrumento	39
VI.9. Validez de instrumento	40
VI. 10. Plan de análisis estadístico	41
VI. 11. Recursos y financiamiento.....	42
VII. ASPECTOS ÉTICOS	42
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
IX. RESULTADOS	44
X. DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	60
GLOSARIO	61

BIBLIOGRAFÍAS62
ANEXOS.....66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN20
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS LABORALES Y PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS.....46
TABLA 3. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL47
TABLA 4. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VALORACIÓN MÉDICO-BIOLÓGICA48
TABLA 5. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN MENTAL Y PSICOAFECTIVA49
TABLA 6. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN FUNCIONAL50
TABLA 7. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN SOCIOFAMILIAR.....51
TABLA 8. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE ESCALAS DE CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD52
TABLA 9. PUNTAJE GLOBAL DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI53
TABLA 10. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI POR GÉNERO54
TABLA 11. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI POR TURNO LABORAL.....55
TABLA 12. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI POR TURNO LABORAL.....56
TABLA 13. COMPARACIÓN DEL PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI ENTRE MÉDICOS FAMILIARES Y GENERALES.....57
TABLA 14. PUNTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE VGI ENTRE MÉDICOS CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS58

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS NIVELES DEL CONOCIMIENTO 14
FIGURA 2. LA PIRÁMIDE DE MILLER Y LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN. MINI CEX: MINI CLINICAL EVALUATION EXERSICE; ECOE: EXAMEN CLÍNICO Y OBJETIVO. 16
FIGURA 3. FÓRMULA DE KUDER-RICHARDSON 40
FIGURA 4. FÓRMULA ALFA DE CRONBACH 41
FIGURA 5. ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD. SPSS V21 41

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR GRUPOS DE EDAD. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	45
GRÁFICA 2. ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.	45
GRÁFICA 3. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE GENERALIDADES DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	47
GRÁFICA 4. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE LA VALORACIÓN MÉDICO-BIOLÓGICA. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	48
GRÁFICA 5. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE LA EVALUACIÓN MENTAL Y PSICOAFECTIVA. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	49
GRÁFICA 6. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE EVALUACIÓN FUNCIONAL. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	50
GRÁFICA 7. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE EVALUACIÓN SOCIOFAMILIAR. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	51
GRÁFICA 8. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	52
GRÁFICA 9. GRADO DE CONOCIMIENTO GLOBAL DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 1 DE AGUASCALIENTES SOBRE LA VGI. FUENTE: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”.....	53

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
CAM	Confusion Assessment Method
GPC	Guía de Práctica Clínica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
MMSE	Mini Examen del Estado Mental Modificado
OMS	Organización Mundial de Salud
PAIAM	Programa de Atención Integral al Adulto Mayor
UMF	Unidades de Medicina Familiar
VGI	Valoración Geriátrica integral

RESUMEN

Título: “Nivel de conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes”. **Antecedentes:** El paciente geriátrico se caracteriza por su edad avanzada, fragilidad ante cualquier tipo de agresión, patología crónica y limitaciones físicas. Por lo tanto, se requiere del cuidado y conocimiento adecuado del personal médico para brindar una atención y valoración adecuada del adulto mayor. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Tipo de muestreo censal en 40 médicos familiares de turnos matutino y vespertino de la UMF No. 1. Se diseñó un instrumento basado en la GPC sobre VGI para la valoración de conocimiento, así como variables sociodemográficas de los encuestados. **Resultados:** Se incluyeron 40 médicos familiares, el 60% eran femeninos y el 40% masculinos, 20 del turno matutino y 20 del vespertino, el 35% eran médicos generales y el 65% médicos familiares. El 40% de los médicos estaban certificados por el consejo, 17.5% tenían <5 años de antigüedad laboral, el 50% de 6-10 años y el 32.5% eran >10 años de antigüedad. El puntaje global promedio sobre valoración geriátrica integral (VGI) fue 77.5 ± 6.5 . El 72.5% de los médicos tuvieron un conocimiento regular sobre VGI, el 25.0% bueno y el 2.5% muy bueno. Los dominios con mayor puntaje fueron evaluación mental y psicoafectiva (86.2 ± 6.7) y evaluación sociofamiliar (81.2 ± 8.8) y los de menor puntaje fueron clasificación de la enfermedad (73.0 ± 17.5) y valoración médico-biológica (73.0 ± 12.8). No se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimientos, por género ni por antigüedad laboral. Sin embargo, los médicos del turno vespertino tuvieron mayor puntaje en generalidades de VGI, y los del turno matutino mayor conocimiento sobre evaluación funcional. **Conclusiones:** Dos terceras partes de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes tuvieron un nivel regular de conocimiento sobre VGI y solo una tercera parte bueno o muy bueno. Por lo tanto, se deberían implementar estrategias de capacitación.

ABSTRACT

Title: "Level of knowledge of the family physician on the integral geriatric assessment in the Unit of Family Medicine No. 1 of Aguascalientes". **Background:** The geriatric patient is characterized by his advanced age, the fragility of any type of aggression, chronic pathology and physical limitations. Therefore, attention and knowledge of medical personnel is required to provide adequate attention and assessment of the elderly. **Objective:** To determine the level of knowledge of the family physician on the integral geriatric assessment in the Family Medicine Unit No. 1 of Aguascalientes. **Material and methods:** An observational, descriptive, prospective study. Type of census sampling in 40 family physicians of morning and evening shifts of the UMF No. 1. An instrument based on the CPG on VGI was designed for the assessment of knowledge, as well as socio-demographic variables of the respondents. **Results:** Forty family physicians were included, 60% were female and 40% male, 20 from morning and 20 from evening shift, 35% were general practitioners and 65% were family doctors. Forty percent of doctors were board certified, 17.5% had <5 years of seniority, 50% were 6-10 years experienced, and 32.5% were > 10 years old experienced. The overall global score on integral geriatric assessment (VGI) was 77.5 ± 6.5 . A total of 72.5% of the doctors had a regular knowledge about VGI, 25.0% good and 2.5% very good knowledge. The domains with the highest scores were mental and psycho-affective evaluation (86.2 ± 6.7) and socio-family evaluation (81.2 ± 8.8) and those with the lowest score were disease classification (73.0 ± 17.5) and medical-biological assessment (73.0 ± 12.8). No significant differences were found in the level of knowledge, by gender or by occupational age. However, the physicians of the evening shift had higher scores in VGI generalities, and those of the morning shift had greater knowledge about functional evaluation. **Conclusions:** Two thirds of the physicians from the UMF No. 1 of Aguascalientes had a regular level of knowledge about VGI and only one third part had good or very good knowledge level. Therefore, training strategies should be implemented.

INTRODUCCIÓN

México está inmerso en un proceso de transición demográfica que inicia desde el siglo XX y culminará a mitad de siglo XXI. El crecimiento de la población geriátrica en México va acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas y mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace que su manejo sea más complejo y obliga a un mayor consumo de recursos. La atención del adulto mayor requiere una valoración global y multidisciplinaria que se base en aspectos biológicos propios del envejecimiento a sus actividades de la vida diaria, funcionalidad, psicológicas, personalidad y conducta, relación familiar y socioeconómica.¹⁵

Se necesitan modelos de salud con el objetivo de “cuidar”, mantener la salud, así como la promoción de su autonomía, independencia funcional e integración familiar, papel fundamental del médico familiar en el primer nivel de atención, ya que es ahí donde existe el mayor número de población geriátrica y es ahí donde inicia su atención con la finalidad de intervenir en el tratamiento, prevenir complicaciones y retrasar la dependencia física, social y mental del adulto mayor, logrando una mayor calidad de vida del paciente geriátrico.¹⁴

La evaluación del conocimiento que tiene el personal de salud sobre la valoración geriátrica integral, se ha estudiado pobremente, sin embargo, estas investigaciones relatan el hecho de la deficiencia de los conocimientos en diferentes esferas de esta materia, sin embargo queda inconclusa la evaluación de forma global.^{1,2,3,4}

El presente estudio aborda la valoración del conocimiento del Médico Familiar en el tema de Valoración Geriátrica Integral, brindando información esencial para su retroalimentación con la finalidad de detectar deficiencias del mismo en el profesional. Así pues, el mismo podrá realizar prevención, identificación, intervención y manejo en conjunto conveniente y/u oportuno con otras especialidades.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Zelada y cols. (2006) realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal aplicando una encuesta a todos los responsables y miembros del equipo interdisciplinario del Programa de Atención al Paciente Adulto Mayor de la DISA-V. Lima con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos previos sobre geriatría. Se realiza esta entrevista a 79 profesionales de la salud, de los cuales 6 se excluyen del estudio por no cumplir los requisitos. Sólo el 30% recibieron formación en el pregrado referente a geriatría y de estos, el 59% considera que esa formación fue regular o mala. Cuando se consultó si con la experiencia profesional y los conocimientos previos se podría resolver los problemas del paciente adulto mayor, únicamente 10% se consideró capacitado. Además, sólo el 27% conoce el modelo de historia clínica aplicada para el adulto mayor, por lo cual todos consideraron necesaria la capacitación para poder llevar este programa. Concluyen que existe un déficit en el conocimiento del abordaje del paciente geriátrico y que los argumentos para que el profesional de la salud aprenda sobre el mismo, son incuestionables y se basan en la realidad sociodemográfica y la especificidad de la materia objeto de estudio.¹

Reyes y cols. (2006) realizaron un estudio descriptivo del área de salud del Policlínico Universitario Docente del Vedado, ubicado en el municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, en el cual, uno de los objetivos principales fue el de clasificar los problemas relacionados con la medicación e identificar necesidades de información en los profesionales de la salud. La muestra de profesionales médicos quedó conformada por 24 especialistas en Medicina General Integral (MGI) con lo cual se cubrió el 100 % de este tipo de profesional en el área. Para identificar las necesidades de información se consultó bibliografía actualizada y se confeccionó un cuestionario anónimo que fue aplicado a cada profesional en su puesto de trabajo. Confeccionado por 2 bloques de preguntas, el primero relacionado con el nivel de conocimientos de conceptos o pautas básicas; el segundo solicitó una auto-evaluación en una escala de 0 a 100 del nivel de dominio de diferentes materias. Basados en

la autoevaluación sobre el nivel de conocimientos de una temática determinada se dio una evaluación cuantitativa individual en base a 100 puntos, la cual se llevó a una escala cualitativa ordinal de excelente (90), bien (90-70), regular (70-60) y mal (< 60). Al analizar el grado de información que poseen los facultativos con respecto a la farmacovigilancia y al uso de medicamentos en el anciano se observa que el promedio general los ubica en la calificación de «mal», en el 50%. Se detectó un pobre dominio de la clasificación de las reacciones adversas a medicamentos, tema desconocido por 22 de los 24 entrevistados, 12 de ellos desconocen lo que deben cuando un paciente presenta una reacción adversa y toma varios medicamentos, 10 no conocen los factores que predisponen las reacciones adversas. Se observa que las mayores dificultades se encuentran en el conocimiento de los eventos adversos que causan los medicamentos y el discernir las interacciones que tienen lugar entre estos. La evaluación cualitativa general de los médicos en estos aspectos fue de regular. Concluyen que el diagnóstico sobre el grado de conocimientos de los profesionales acerca de los temas que se tuvieron en cuenta evidenció la necesidad de elevar en el área de salud en forma de cursos o circulares el nivel de conocimiento de los médicos.²

Miranda y cols. (2009). realizaron un estudio descriptivo, en la Ciudad de La Habana. Su universo, fueron 22 médicos y 25 enfermeras de familia cuyo objetivo fue la valorar de la calidad de la atención en salud del adulto mayor en base a criterios establecidos por Donabedian. Dentro de los criterios importantes establecidos a evaluar se encuentran: cantidad y nivel de conocimientos del profesional y calidad de las historias clínicas (interrogatorio, examen físico y evaluación geriátrica). En sus resultados se menciona la evaluación al 100% de los médicos y enfermeras previsto, la evaluación de los conocimientos no fue aceptable en médicos ni en enfermeras, pues los porcentajes no cumplieron con los estándares preestablecidos. Del total de médicos evaluados, 45.4% alcanzó una evaluación superior a 70 puntos en el test aplicado, en donde se presentaron dificultades relacionadas con la periodicidad de realización de la evaluación geriátrica, la identificación de los objetivos del PAIAM (Programa de Atención Integral al Adulto Mayor), la identificación de ancianos frágiles, y los signos y síntomas necesarios a explorar en un paciente hipertenso; también hubo problemas con la orientación diagnóstica y el tratamiento inicial, respectivamente. De 22 enfermeras, el 72.2% alcanzó más de 70 puntos en el test aplicado,

en donde se encontró entre las principales dificultades; la identificación de ancianos frágiles, la conducta a seguir cuando el paciente acude a control, así mismo, insuficiencias sobre síntomas y signos de la enfermedad trazadora seleccionada, ya que no todos los síntomas y signos fueron identificados adecuadamente. La evaluación geriátrica necesaria para la clasificación de los ancianos, quedó muy por debajo del estándar establecido. Por lo que se concluye que se puede afirmar que existen problemas de conocimientos en los Médicos y Enfermeras de Familia, lo que hace que se presenten brechas a nivel de pesquisa primaria de salud, ya que la evaluación no se realiza en el consultorio. Se menciona finalmente que el nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente. ³

García y cols. (2009) realizaron un estudio transversal, descriptivo en el Policlínico Docente Cristóbal Labra en La Lisa, con el objetivo de indagar sobre el conocimiento y necesidades de aprendizaje de los profesionales objeto de estudio en relación con la atención del adulto mayor. Se aplicó una encuesta diferenciada para internos y para especialistas, aplicadas durante visitas individuales de la autora a los distintos consultorios médicos donde laboran los médicos. Así mismo, se realiza una entrevista a expertos que forman el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica del Policlínico Docente Cristóbal Labra, cuyo instrumento estuvo compuesto por preguntas dirigidas a explorar sus criterios sobre los conocimientos y manejo acerca del Programa de Atención al Adulto Mayor. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Internos; de los 8 estudiantes encuestados, ninguno expresó interés en la especialidad de Geriátrica, durante su rotación en la Atención Primaria de Salud relacionada con la atención al Adulto Mayor las evaluaron de buenas en un 62.5 % y deficientes en un 37.5 % y resultó llamativo que ningún alumno conocía las funciones del Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica de su policlínico. En cuanto a los temas que a su consideración tenían más importancia saber manejar y prevenir, refirieron que las caídas, restándoles importancia a las afecciones psíquicas que son más frecuentes y también tienen severas consecuencias. Se concluye que los mismos, no han recibido una completa preparación para realizar un cumplimiento adecuado del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, mostrando desconocimiento de su manejo. Todos consideran que deberían recibir actualizaciones en estos temas. Especialistas: se encuestaron 22 especialistas de

Medicina Geriátrica Integral vinculados al manejo del adulto mayor en la atención primaria de salud, 22.7 % de los se mostraron interesados en la especialidad de Geriátrica por considerarla necesaria e interesante, mientras que el resto 77.2 % se inclinó por otras especialidades. Un 36.3 % consideran que los conocimientos adquiridos en los módulos de atención al adulto mayor durante la residencia fueron completos, mientras que 14 para un 63.6 % los consideran insuficientes, lo que indica que se consideran con pocos conocimientos y capacitación para cumplir las actividades del programa de atención integral al adulto mayor. Además, un 40,9 % expresó no haber recibido ningún tipo de actividad desde su graduación como especialista, un 40,9 % igual, hacía más de dos años que la había recibido y solo el 18 % la había recibido dentro de los dos últimos años. Un 72.7 % de los especialistas afirmaron que nunca reciben materiales actualizados para su auto-preparación en el manejo del adulto mayor y un 27,9 % solo lo ha recibido en ocasiones. Expertos: refieren que, realizándose un manejo adecuado, se previenen y controlan las enfermedades de este grupo etario, de esa forma mejora su calidad de vida. Respecto al cumplimiento de la atención integral al adulto mayor por parte de los médicos de familia consideraron que es deficiente, que se deberían dar cursos y talleres de posgrado sobre geriatría para de esta forma actualizarlos y mejorar dicha atención. Referente a los factores que pueden estar influyendo negativamente en el cumplimiento adecuado del programa del adulto mayor en la atención primaria de mencionan: sobrecarga de trabajo y exceso de población, no realización de cursos de continuidad, poca actualización, dificultad en el manejo del programa y poca bibliografía.

4

Elizalde (2017) diseña un estudio transversal, descriptivo, cuyo objetivo fue evaluar la Competencia clínica del médico familiar para la detección de maltrato en el adulto mayor, para el cual construye un instrumento que evalúa conocimiento, habilidades y actitudes, así como variables sociodemográficas, misma que es aplicada a 40 médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes. Dentro de los resultados obtenidos, centrándonos en el área cognitiva, se encontró un “muy alto nivel de conocimientos” en el 35% y “alto nivel de conocimientos” en el 45% de los encuestados, entre ellos destacan <40 años de edad y certificados. En el área práctica, el 62% obtuvo un “alto nivel” y 20% “nivel intermedio”. En el área actitudinal, 80% presentó actitud positiva y 20% indiferente. Por lo

que se concluye que, existe alto nivel cognitivo, en cuanto dominio práctico un nivel alto-intermedio y en el dominio de actitud predomina la positividad. ⁵

I.2. MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

I. 2. A. Conocimiento

I.2. A.I Definición de conocimiento

Se define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad. ⁶

El conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar. ⁶

I.2. A. II. Clases de Conocimiento

El conocimiento puede ser de diferentes clases: cotidiano, pre-científico y científico, empírico y teórico. ⁷

El conocimiento científico y el empírico difieren de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. El primero utiliza esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verifica su coherencia externa y somete a prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis. ⁷

Los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan a la constancia de los hechos y a su descripción. Los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia. ⁷

El conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia convierte en preciso lo que el sentido común conoce de manera nebulosa; la ciencia es más que sentido común

organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta mejorar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él.⁷

El conocimiento científico descarta conocimientos o hechos, produce nuevos y los explica. Es decir, no se limita a los hechos observados; sino que se analiza la realidad con el fin de ir más allá, rechazando algunos hechos, selecciona los que se consideran relevantes, los contrasta y en la medida de las posibilidades los reproduce.⁷

I. 2. A. III. Niveles de Conocimiento

Hoy día se habla no sólo de que existen distintos tipos de conocimiento, como ya se ha descrito anteriormente, sino, que además existen tres niveles diferentes de conocimiento: sensible, conceptual y holístico (ver Figura 1).⁸

Nivel Sensible: que se sustenta de los sentidos, por ejemplo, al captar por medio de la vista las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones, las cuales se almacenan en nuestra mente y forman nuestros recuerdos y experiencias, estructurando de esta forma nuestra realidad interna, privada o personal.⁸

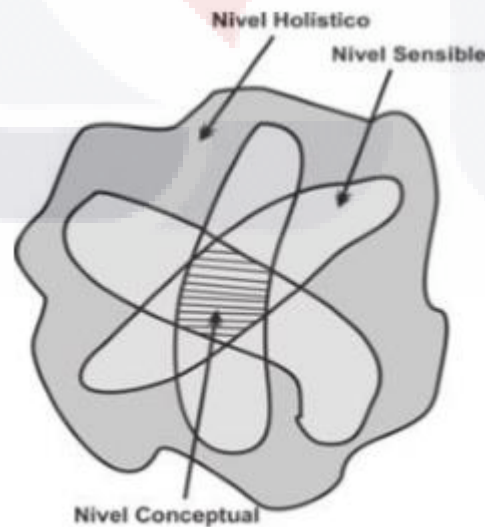


Figura 1. Representación gráfica de los niveles del conocimiento

Nivel Conceptual: se basa en concepciones invisibles, inmateriales y a la vez universales y esenciales. La principal diferencia existente entre estos dos primeros niveles radica en la singularidad y universalidad que caracterizan respectivamente a estos conceptos. ⁸

Nivel Holístico: en este nivel no encontraremos colores, dimensiones, ni estructuras universales. Conocer a este nivel implica desplegar el carácter sido-siendo de las cosas, las cosas están en cada situación, indisolublemente ligadas al fondo o abierto en el que se manifiesta. Por tal razón buscar conocimiento científico de cualquier cosa, es entonces, desplegar explícitamente el plexo en que la cosa se presenta y dinámicamente se sostiene. ⁸

I.2. A. IV. Teoría del Conocimiento

La teoría es un conjunto de proposiciones constituido por conceptos definidos y relacionados entre sí; establece relaciones recíprocas entre un grupo de variables y al hacerlo presenta un punto de vista sistemático sobre los fenómenos descritos; los explica especificando la naturaleza de la relación. ⁸

El análisis filosófico del proceso de conocimiento y de sus productos constituye la esencia de la llamada teoría del conocimiento. Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como partes participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo. El proceso de conocimiento aparece, entonces, como una interacción específica entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, dando como resultado los productos mentales que llamamos conocimientos. ⁹

El primer paso en el conocimiento es la percepción mediante los sentidos de un sujeto que puede conocer, de un objeto que puede ser conocido. Esta percepción por sí misma no establece distinciones entre las diferentes sensaciones percibidas, por lo que el hombre realiza operaciones que le permitan organizar, codificar y reproducir las imágenes sensoriales que se han almacenado en la memoria. La operación que intenta ordenar y jerarquizar los datos que en un primer momento aparecían como de igual importancia es la comprensión y es una operación regida por la lógica. Por medio de esta operación se intenta seleccionar los datos que inciden en forma permanente en el fenómeno y aparecen como absolutamente necesarios para la existencia del mismo. ¹⁰

I.2. A. V. Pirámide de Miller

Miller (1990) representa en su modelo piramidal que incluye los diferentes niveles de capacitación que forman parte de la competencia profesional del médico en los que se puede planear la evaluación además de implementar la elección de los instrumentos para evaluar cada nivel. En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el desempeño (hace) o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia; Figura 2).¹¹

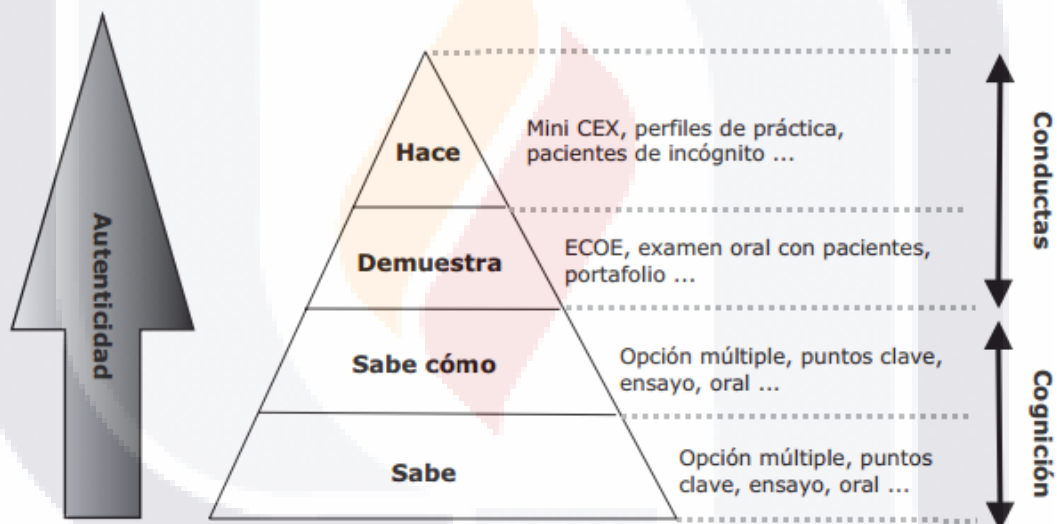


Figura 2. La pirámide de Miller y los métodos de evaluación. Mini CEX: Mini Clinical Evaluation Exercise; ECO: Examen Clínico y Objetivo.

I. 2. B. Médico Familiar

Especialista en la atención de los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en los ámbitos individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.¹²

I. 2. B. I. Áreas de práctica profesional del médico familiar

- Atención al individuo. Enfocará al individuo como un ser biopsicosocial, conociendo sus interrelaciones con su entorno familiar, laboral y comunitario. Reconocerá los límites de su competencia, identificando situaciones clínicas que requieren ser derivadas a otros niveles de atención médica.
- Atención a la familia. Se responsabilizará del proceso de salud-enfermedad de la familia, ya que cualquier proceso que afecte a un miembro de la misma, repercutirá en todo el sistema familiar.
- Atención de la comunidad. Responsable del proceso salud-enfermedad de su comunidad, tanto en los individuos como en colectividad, por lo que se ocupará de atender a las demandas que se le formulen, identificar y actuar sobre factores de riesgo.
- Trabajo multidisciplinario. Trabajaré coordinadamente con el resto de profesionales.
- Actividades docentes. Participará en actividades docentes para actualización de sus conocimientos y capacidades. Impartirá docencia a otros profesionales y desarrollará actividades docentes dirigidas a su comunidad.
- Funciones de investigación. Colaborará en programas de investigación, diseñará y ejecutará programas de investigación clínica, epidemiológica y social, orientados a la búsqueda de soluciones para los problemas de salud en su comunidad.¹³

I.2. B. II. Funciones del médico familiar

El médico familiar constituye una categoría de médico en atención primaria, el cual, ejerce sus funciones en la unidad de medicina familiar, proporciona servicios personales, de promoción, prevención, curación y rehabilitación, además del bienestar social e higiene ambiental de una comunidad dada. Éste, tendrá que contar con los conocimientos y habilidades necesarias para cuidar del individuo sano y enfermo, educar en materia de salud y desempeñar acciones preventivas. En síntesis, tiene que actuar como clínico, organizador, supervisor y profesor.¹⁴

I.2. C. Valoración Geriátrica Integral (VGI)

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es “un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.”¹⁵

Actualmente se considera la VGI la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente.¹⁵

Los beneficios de la VGI pueden resumirse en mayor precisión diagnóstica, reducción de la mortalidad, mejoría del estado funcional, utilización correcta de recursos, disminución de institucionalización y disminución de hospitalizaciones.¹⁶

Para la correcta aplicación de la valoración geriátrica integral se deben utilizar tanto métodos clásicos, la historia clínica y exploración física, como instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración y ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. Las escalas, no obstante, hay que aplicarlas en el contexto adecuado, utilizando las de validez y fiabilidad demostradas y sin caer en la tentación de excederse en el número a aplicar ni en la excesiva repetición de las mismas.¹⁶

Un metanálisis reciente concluyó que los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características.¹⁷

I.2. C. I. Guía de Práctica Clínica sobre valoración geriátrica integral

Cuando se efectúa la valoración clínico-orgánica de estos pacientes, se debe tomar en cuenta la especial forma de presentación de la enfermedad en el paciente geriátrico, que se caracteriza por: pluripatología, presentación atípica, frecuentes complicaciones clínicas, tendencia a la cronicidad e incapacidad, presentación frecuente como pérdida de capacidad funcional, aumento en el consumo de fármacos, mayor dificultad diagnóstica y frecuente tendencia hacia la gravedad y muerte.¹⁸

Valoración clínica

Toda valoración clínica debe iniciar con una adecuada anamnesis, cuyo contenido no difiere del empleado en población adulta en general; sin embargo, es importante tener en cuenta que en muchos casos puede ser difícil recolectar la información, debido a ciertas condiciones como la presencia de déficits sensoriales como: auditivos y visuales, alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas. Por lo general estas limitaciones hacen imprescindible la colaboración de un familiar para completar la información. Siempre resultará conveniente que el familiar que colabore sea el que habitualmente convive con el paciente y está al tanto de síntomas, fármacos que consume, hábitos alimenticios y de eliminación, etcétera.¹⁹

La Guía de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General de nuestro país, recomienda que en cada consulta se debe analizar la lista de medicamentos prescritos y automedicados, incluso los medicamentos autoprescritos, herbolarios y homeopáticos, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármaco-enfermedad. Asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos de acuerdo con los criterios de Beers.²⁰

También recomienda realizar la evaluación de visión cercana y lejana, con las tarjetas de Jaeger y Snell respectivamente. Y evaluar la audición con la prueba de la voz susurrada, con una sensibilidad y especificidad de 70 a 100%.²¹

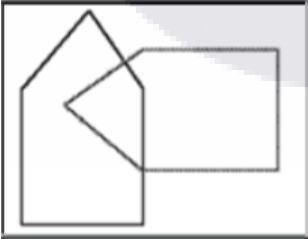
Valoración afectiva

Una de las condiciones subvaloradas a menudo en los adultos mayores es la afectiva o emocional, siendo ésta una característica determinante de la salud y calidad de vida del anciano. Se ha demostrado que la depresión se asocia con una mayor morbimortalidad: actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano, y dificulta los procesos de rehabilitación y alta de los pacientes ingresados a hospitalización. El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del anciano.²²

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias, etcétera). El más común es la pérdida de la memoria. Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se clasifica como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia.²³

El Mini Examen del Estado Mental Modificado (MMSE) es útil como instrumento de detección (Tabla 1). Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Tiene una sensibilidad de 79-100% y una especificidad de 46-100%. La Guía de Práctica Clínica recomienda que en el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognoscitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial.²⁰

Tabla 1. Examen MINI MENTAL FOLSTEIN	
(No sabe leer ni escribir)___ Años de escolarización: ___	Puntos
Orientación en el tiempo y espacio	
Qué día de la semana es hoy, cuál es el año, mes, día, estación (máximo 5 puntos)	0-5
Dígame el nombre del hospital, piso, ciudad, estado, país, en el que estamos, (máximo 5 puntos)	0-5

Fijación		
Repita estas palabras: caballo, peso, manzana (un punto cada vez que la palabra sea correcta, máximo 3 puntos)		0-3
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pesos y me los da de tres en tres ¿Cuántos le quedan? (un punto cada vez que la diferencia sea correcta, máximo 5 puntos)		0-5
Memoria		
¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas		0-3
Lenguaje y construcción		
¿Qué es esto? (mostrar un reloj) ¿y esto? (mostrar un bolígrafo)		0-2
Repita la siguiente frase: ni si, ni no, ni pero		0-1
Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (un punto por cada orden bien ejecutada, máximo 3 puntos)		0-3
Lea esto y haga lo que dice “cierre los ojos”		0-1
Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta		0-1
Copie este dibujo		0-1
	Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante.	Total _____
Punto de corte:24		
Grado de Deterioro cognoscitivo 19-23 leve, 14-18 moderado, <14 grave		

Valoración de Trastornos del sueño

Comparado con otros grupos de edad, el insomnio es más prevalente y más severo en los adultos mayores. La prevalencia se incrementa conforme avanza la edad, mostrando un incremento notable después de la séptima década de la vida (70 años), siendo el 23% en los hombres y de 26% en mujeres de 70 a 79 años y de 23% y 41% en los mayores de 80 años respectivamente. Los cambios fisiológicos relacionados al sueño con el envejecimiento son: disminución en el tiempo de sueño total, disminución en la eficiencia de sueño, disminución en el tiempo de sueño profundo, incremento de sueño ligero, incremento de los despertares durante la noche y la latencia de sueño REM se incrementa.²⁴

La Guía de Práctica Clínica recomienda el beneficio potencial de identificar y tratar los trastornos del sueño en el anciano, y es importante que se investigue sobre el sueño y se incorpore una búsqueda rutinaria en toda historia clínica. También se recomienda investigar y ajustar en lo posible los fármacos que puedan afectar el sueño como la fluoxetina, diuréticos, teofilina, salbutamol, estimulantes del SNC, anticolinérgicos, cafeína, alcohol, antipsicóticos, corticoesteroides, entre otros.²⁰

Valoración de depresión

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, con menor frecuencia el cuadro clínico clásico.²⁵

La escala de Depresión geriátrica de 30, 15 y 5 reactivos (*Geriatric Depression Scale GDS*) actualmente es la herramienta más útil. La Guía de Práctica clínica recomienda aplicar esta escala de 15 reactivos, cuando el paciente refiera sentirse triste o deprimido, para la detección de depresión en el paciente geriátrico en los diferentes niveles de atención.²⁰

Valoración de Delirium

El delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, pero es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles (baja reserva homeostática) o tiene demencia. La Guía de Práctica clínica recomienda que al detectar delirium en el anciano hospitalizado, se busque intencionadamente las causas precipitantes más comunes para el desarrollo de delirium para su manejo integral.²⁰

El método de evaluación de confusión o *Confusion Assessment Method (CAM)*, es una escala utilizada para una identificación rápida de delirium, diseñado para médicos no psiquiatras, con una sensibilidad del 94 al 100% y una especificidad de 90 a 95%.²⁵

Valoración de las actividades básicas de la vida diaria

La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar.²⁶

La Guía de Práctica clínica recomienda que se debe valorar la funcionalidad del pacientes para las actividades de la vida diaria y detectar si la pérdida es aguda o crónica, y recomienda para éste propósito, utilizar la escala de Katz, el cual es un índice que consta de seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de vida diaria, que refleja una organización primaria biosocial del individuo, independiente de influencias externas.²⁰

Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva.²⁷

La escala de Lawton-Brody fue creada en adultos mayores para valorar autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria. Valora ocho rubros: capacidad para realizar compras, preparar comida, utilizar el teléfono, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, capacidad de controlar la propia medicación y manejar el dinero.²⁸

Valoración del riesgo de caídas

La caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.²⁹

La evaluación del riesgo de caídas es fundamental en el paciente geriátrico y todo adulto mayor debe ser valorado considerando los factores de riesgo que presenta para caídas. Los factores de riesgo reportados son: deterioro cognitivo, diabetes mellitus tipo 2, sexo femenino, dependencia funcional, entre otros.²⁹

Valoración del riesgo de úlceras por presión

Las úlceras por presión son una consecuencia del síndrome de inmovilidad aguda/crónica. Los factores de riesgo relacionados son diversos, susceptibles de intervenciones, por lo que deben reconocerse.³⁰

La Guía de Práctica Clínica recomienda implementar un programa de erradicación de úlceras por presión en el cual intervengan todos los sujetos involucrados en el cuidado del paciente, y de acuerdo a las posibilidades logísticas de cada institución con el fin de disminuir la prevalencia de esta patología en el paciente anciano hospitalizado.²⁰

Se debe considerar el riesgo de desarrollar úlceras por presión que pueden valorarse con la escala de Braden, la cual ofrece un equilibrio entre sensibilidad 57.1% y especificidad 67.5% además de una mejor estimación del riesgo.³⁰

Valoración psicosocial

Un aspecto no menos importante es la evaluación del entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos del paciente, que pueden jugar un papel relevante en el proceso de atención y cuidado del paciente geriátrico.³¹

Hay que indagar siempre por medio de los cuidadores del adulto mayor condiciones de vivienda, recursos económicos o de sostenimiento, acceso a servicios de salud, entre otros. En diversas oportunidades todos estos cuestionamientos influirán de manera determinante en el diagnóstico, el tratamiento e incluso la toma de decisiones, como la posibilidad o no de institucionalizar a un paciente. El médico debe ser muy acucioso en estos asuntos, ya que puede estar obviando la problemática de fondo que ha traído al paciente a consulta.³¹

Clasificación o escalas de valoración geriátrica

Entre las escalas comúnmente utilizadas para la valoración del paciente geriátrico se encuentran: los criterios de Beers, examen minimal de Folstein, medidas de higiene del sueño, recomendaciones para inducir sueño naturalmente, escala de depresión de Yesavage, método de evaluación de confusión, índice de Katz, escala de Lawton & Brody y la escala de Braden. Estas se presentan en los anexos y formarán parte del Cuestionario para Evaluación de Conocimientos sobre Valoración Geriátrica Integral presentado también en los anexos.²

II. JUSTIFICACIÓN

Magnitud e Impacto: En México existe un registro por los censos nacionales de 8 millones de personas mayores de 60 años consideradas personas mayores, y se estima que esta cifra será superada para el 2025 arriba del 15%, incrementando el 28% para el 2050. Esto está generando la necesidad de personal de salud altamente calificado para atender a este grupo poblacional de forma efectiva y segura y demanda mayor conocimiento de estos sobre la atención integral del paciente geriátrico.

Trascendencia: La realización del presente estudio permitirá determinar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral de los pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar No.1 En Aguascalientes, así mismo evaluar el nivel de conocimientos sobre la evaluación mental psicoafectiva y la evaluación funcional,

entre otros. Esto, eventualmente podría servir para detectar las áreas en las que requiere capacitación el personal médico de la UMF No 1 y de esta manera mejorar la calidad de la atención del paciente geriátrico, apegada a las guías ya establecidas.

Factibilidad: Será factible llevar a cabo el presente proyecto porque no se requieren de recursos adicionales a los ya destinados a la atención al pago de salarios; sólo se requerirá la participación del personal médico durante una hora para llenar el cuestionario sobre conocimientos de atención integral de pacientes geriátrico. Además, se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III.1.A. Descripción de las características sociodemográficas de la población en estudio

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la institución con el mayor número de derechohabientes en el país. En términos de recursos requeridos e impacto poblacional, es el mayor prestador de servicios médicos en México. El primer nivel de atención a la salud, se lleva a cabo en Unidades de Medicina Familiar, y es el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde el médico familiar atiende y resuelve 80% de los padecimientos.³²

El estado de Aguascalientes, cuenta con 11 Unidades de Medicina Familiar, de las cuales seis son urbanas (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11) y brindan alrededor de 7,835 consultas por día.³²

La Unidad de Medicina Familiar No.1 consta de 40 médicos en atención de primer nivel, 20 en turno matutino y 20 en turno vespertino; sus edades oscilan entre 30 y 60 años y la distribución por género es aproximadamente 50/50 (femeninos/masculinos).³²

III.1. B. Panorama del estado de Salud

En el caso específico de los adultos mayores, la mayor carga de las patologías no transmisibles proviene de las afecciones cardiacas y la diabetes mellitus, ambas representan 65.3 por ciento del total de consultas en medicina familiar. En el caso de consultas de especialidad y egresos hospitalarios, los padecimientos no transmisibles como enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, traumatismos y envenenamiento figuran entre los principales motivos de este tipo de servicios.³³

El IMSS enfrenta los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica. Estas transiciones anticipan un importante incremento tanto en la demanda de atención médica de personas con enfermedades crónico-degenerativas o infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana que genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), como en la presión sobre el gasto médico del Instituto. Por ello, la prevención, el tratamiento y la posible recuperación de estos padecimientos constituyen uno de los más grandes retos para la institución. En las próximas cuatro décadas, los principales motivos de atención médica que concentrarán una proporción significativa de los recursos financieros del Instituto son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA.³³

El gasto total estimado en 2012 para la atención médica de estos seis padecimientos asciende a 71,352 millones de pesos, que equivale a 30.4% del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año (cuadro II.2)21. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 77.9%, y estas patologías son altamente frecuentes entre los adultos mayores. Mientras que, la insuficiencia renal incrementará su impacto económico de 16.2% en 2013 a 31.2% en el año 2050.³³

III.I.C. Sistema de Atención a la Salud

La Organización Mundial de la Salud refiere que un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población

cumple con los siguientes objetivos: mejorar la salud de la población, reducir las inequidades en salud, proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia el uso de los recursos. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece los siguientes objetivos:

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
- Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
- Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.³⁴

III.I.C.I. Normas

Las Normas Oficiales Mexicanas que abordan lo relacionado al adulto mayor son:

- i) La NOM-031-SSA3-2012, denominada: Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Esta norma tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación jurídica, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores.³⁵
- ii) La NOM-167-SSA1-1997, denominada para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. La vigilancia de la aplicación

de la presente Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su respectiva competencia. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.³⁶

III.I.C. II. Guía de Práctica Clínica

La guía de práctica clínica (GPC) Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica (IMSS-190-10, 2011) tiene como propósito proporcionar al profesional de la salud herramientas para la valoración integral del adulto mayor en las unidades de atención, cuyos objetivos son la identificación del adulto mayor vulnerable, estandarizar el abordaje inicial y definir acciones de atención dirigidas al paciente geriátrico.²⁰

Esta guía tiene como propósito proporcionar al profesional de la salud los elementos necesarios esenciales para la valoración integral del paciente geriátrico en las unidades médicas de atención, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el adulto mayor presente.²⁰

III.II.A Descripción de la naturaleza del problema

Pocos son los estudios realizados referente al nivel de conocimiento de los médicos familiares o de primer contacto sobre la valoración geriátrica integral.

Zelada y colaboradores en el 2006 en Perú, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal determinaron que existe un déficit en el conocimiento del abordaje del paciente geriátrico, debido a la pobre educación sobre Geriátrica a nivel educativo de pregrado.¹

Reyes y colaboradores en el 2006 en su estudio descriptivo en la Habana, mediante un cuestionario, miden el nivel de conocimientos respecto a polifarmacia en especialistas de Medicina General Integral en donde al analizar el conocimiento de los facultativos con respecto a la farmacovigilancia y al uso de medicamentos en el anciano, se observa que el promedio general los ubica en la calificación de «mal», en el 50%.²

Miranda y cols. (2009) en la Habana realizaron un estudio descriptivo en donde determinan el nivel de conocimiento del profesional en la atención del Adulto Mayor, encontrando que el 45.4% de los médicos familiares alcanzó una evaluación superior a 70 en el test aplicado, por lo que la evaluación geriátrica necesaria para la clasificación de los ancianos, quedó muy por debajo del estándar establecido, sin embargo, el hecho de haber aplicado el mismo instrumento a médicos y enfermeras de familia, le resta precisión y confiabilidad por las diferencias educativas.³

Los diversos estudios concluyen dentro de sus hallazgos, la importancia en mejorar la aptitud del médico en la etapa formativa y la capacitación del médico en su práctica profesional para que puedan realizar una valoración integral del paciente geriátrico, estableciendo medidas de evaluación continua cuya finalidad sea la detección del personal que requiera intervenciones educativas.¹⁻⁴

Sin embargo, *Elizalde (2017)* mediante su estudio transversal, descriptivo, cuyo objetivo fue evaluar la Competencia clínica del médico familiar para la detección de maltrato en el adulto mayor, aplicada a 40 médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes. Concluyen que, existe un alto nivel cognitivo, sobre la detección de maltrato del adulto mayor (esfera-sociofamiliar).⁵

El hecho de no contar con el conocimiento suficiente para el abordaje del adulto mayor, dificulta el diagnóstico de problemas de salud en todas las esferas, desfavorece la atención médica y disminuye la calidad de vida del adulto mayor, lo que conlleva a mayor uso de los servicios sociales y de salud y generación de mayores gastos con el empleo de más recursos.

Por lo tanto, es fundamental determinar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral, para que este profesional de la salud pueda identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.²⁰

El presente estudio brindará información certera del nivel de conocimiento de los médicos familiares de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre valoración geriátrica integral, en consecuencia, podrán identificarse las debilidades de estos y diseñarse estrategias educativas para mejorar el conocimiento sobre valoración geriátrica integral.

III.II.B Descripción de la distribución del problema

El médico familiar como especialista del primer nivel de atención, reúne los principios de integralidad, continuidad, interés y atención individualizada y de la familia, con enfoque de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, por lo que es necesario realizar evaluaciones de conocimientos con la finalidad de sentar bases estratégicas con el fin de mejorar la atención.³²

Los hallazgos en la literatura en cuanto a conocimiento de médicos familiares sobre VGI, reportan que existe un déficit en el conocimiento del abordaje del paciente geriátrico, así mismo, se observa la necesidad de elevar en el área de salud en forma de cursos o circulares el nivel de conocimiento de los médicos.^{1,2.}

La Unidad de Medicina Familiar No.1 consta de 40 médicos en atención de primer nivel, 20 en turno matutino y 20 en turno vespertino. Del total de consultas del médico familiar alrededor de 70% se brindan a adultos mayores.³²

III.II.C Descripción de la gravedad del problema

El médico familiar es un especialista clave para enfrentar los retos de salud de los sistemas de salud a nivel mundial. En este contexto, cada médico familiar tiene entre 2 000 y 3 000 pacientes bajo su cuidado, incluidos un porcentaje importante de adultos mayores.³²

Los pacientes geriátricos son más susceptibles y vulnerables al desgaste físico, mental y patologías crónicas, entre otros malestares propios de la edad. Además, la funcionalidad de sus órganos y sistemas se ve alterada por el desgaste progresivo que experimentan conforme pasen los años.

Así, el reto para el profesional de la salud que los atiende es mayúsculo en cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas que deben adquirir y desarrollar para hacer frente a la detección y manejo de anormalidades neurocognitivas, crónicos-degenerativos, y brindar al paciente calidad de vida bienestar físico, biológico, social y buena funcionalidad. Todo esto, está englobado dentro de la valoración geriátrica integral.

Por lo tanto, es fundamental que el médico familiar conozca y domine la valoración geriátrica integral, de otra manera el bienestar y la calidad de la atención brindada a los pacientes y los resultados funcionales alcanzados podrían no ser óptimos e incluso podrían generarse mayores gastos para el sistema de salud e incluso podría reducirse la expectativa de vida de los pacientes.

III.III.A Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

Los factores que pueden influir en una atención médica de calidad y en el alcance de las metas terapéuticas y bienestar del paciente geriátrico se encuentran se podrían clasificar en: factores del paciente, del médico y del sistema de salud.

Entre los factores del paciente se encuentran el conocimiento sobre la enfermedad, la adherencia terapéutica, el apoyo social, el nivel educativo y el autocuidado, entre otros. Entre los factores del médico se encuentran: el nivel académico, los conocimientos y las aptitudes. De hecho, los conocimientos sobre la valoración integral del paciente geriátrico son motivo de estudio en el presente proyecto. Mientras, que entre los factores del sistema de salud se encuentran aspectos de presupuestales y organizacionales, incluidos los administrativos y de procesos.

Entre los factores que determinan el conocimiento del médico, se incluyen el tiempo de experiencia en la atención del paciente, la capacitación durante el posgrado.^{37,38}

III.III.B Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

En la UMF No. 1 se desconoce el nivel de conocimientos sobre valoración geriátrica integral (VGI) por parte de médicos familiares, en consecuencia, no es posible conocer los tópicos en los que mayor debilidad tienen y, por ende, no se puede determinar qué tan factible es solucionar el problema.

III.IV.A Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema

En la UMF No.1 no se han realizado estudios para evaluar el nivel de conocimiento de médicos familiares sobre la valoración geriátrica integral. Sin embargo, estudios previos realizados en otras unidades de primer nivel de atención han encontrado conocimientos deficientes entre médicos de primer contacto como se describe a continuación.

Zelada y cols. (2006), evaluaron el nivel de conocimientos previos sobre geriatría entre médicos de atención primaria, encontrando que solo el 10% se consideró capacitado para atender al adulto mayor.¹

Reyes y cols. (2006) por su parte, identificaron necesidades de información en los profesionales de la salud encontrando que el grado de conocimientos de los profesionales es bajo y se evidenció la necesidad de cursos en el área de la salud para elevar el nivel de conocimiento de los médicos.²

Miranda y cols. (2009), evaluaron la calidad de la atención en salud del adulto mayor en base a criterios establecidos por Donabedian, encontrando que el conocimiento sobre problemas de salud del adulto mayor por parte de los médicos está muy por debajo del estándar establecido y que el nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente.³

Por su parte, *García y cols. (2009)* indagaron sobre el conocimiento y necesidades de aprendizaje de los profesionales de salud en formación en la atención del adulto mayor, encontrando que, no han recibieren una completa preparación para realizar un cumplimiento adecuado del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, por lo que, se deberían dar cursos y talleres de posgrado sobre geriatría para de esta forma actualizarlos y mejorar dicha atención, así mismo, concluyeron que los factores que pueden estar influyendo negativamente en el cumplimiento adecuado del programa del adulto mayor en la atención primaria son: sobrecarga de trabajo y exceso de población, no realización de cursos de continuidad, poca actualización, dificultad en el manejo del programa y poca bibliografía.⁴

En cambio, Elizalde mediante la construcción de un instrumento que evalúa conocimiento, habilidades aplicado a médicos familiares concluye que, existe alto nivel cognitivo en la detección de maltrato (esfera socio-familiar) del adulto mayor.⁵

Con base en lo anterior, es fundamental que en cada unidad hospitalaria se realicen valoraciones para identificar áreas de oportunidad para fortalecer el conocimiento de los médicos de primer contacto sobre atención integral del paciente geriátrico.

III.IV.B Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y cómo se utilizará para solucionar el problema

Como resultado del presente proyecto se espera contar con un instrumento válido para la evaluación del nivel de conocimientos del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral. Este instrumento está basado en la Guía de Práctica Clínica *Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica*.

Adicionalmente, se conocerá el nivel de conocimiento del médico familiar sobre:

- a) La valoración médico-biológica del adulto mayor.

- b) La evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.
- c) La evaluación funcional del paciente geriátrico.
- d) La evaluación sociofamiliar.
- e) Clasificación o escalas de la enfermedad.

Los resultados servirán para diseñar estrategias de intervención educativa para mejorar el conocimiento de los médicos familiares, además, ayudarán a identificar las áreas que más requieran ser reforzadas y a asignar de forma personalizada a cada médico familiar a la capacitación que requiere.

Por lo tanto, se podrán implementar estrategias para mejorar la atención del adulto mayor, la satisfacción del usuario, la expectativa de vida y el bienestar del paciente.

III.IV.C Lista de conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema

Paciente geriátrico: sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además, de problemas sociales sobreañadidos y con frecuencia trastornos del comportamiento.²⁰

Valoración geriátrica integral: Instrumento de evaluación multidimensional: biopsicosocial y funcional que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.²⁰

Conocimiento: Se define conocimiento el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.⁶

Escalas de valoración: Son instrumentos o métodos diseñados y validados para conocer el estado de salud, funcionalidad o la severidad de determinados padecimientos del adulto mayor; estos incluyen: criterios de Beers, examen minimal de Folstein, medidas de higiene del sueño, recomendaciones para inducir sueño naturalmente, escala de depresión de

Yesavage, método de evaluación de confusión, índice de Katz, escala de Lawton & Brody y la escala de Braden, entre otros.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre la Valoración Geriátrica Integral en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes?

V. OBJETIVOS

General

Determinar el nivel de conocimientos del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes.

Específicos

1. Construir y validar un instrumento basado en la GPC de VGI en Unidades de Atención Médica.
2. Describir las características sociodemográficas de los médicos familiares (MF).
3. Conocer las características laborales de los participantes (Turno, antigüedad laboral, tipo de plaza).
4. Valorar el nivel de conocimientos del MF sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor.
5. Valorar el nivel de conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.
6. Valorar el nivel de conocimientos sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.

7. Valorar el nivel de conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar.
8. Valorar el nivel de conocimiento de clasificación o escalas de la enfermedad.
9. Comparar el nivel de conocimiento por género, turno y antigüedad laboral.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo.

VI.2. Universo de estudio

Médicos familiares que atienden a adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes.

VI.3. Sede de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, Aguascalientes.

VI.4. Periodo de estudio

Diciembre 2016 a febrero del 2018.

VI.5. Muestreo y tamaño de muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo de forma consecutiva a los médicos familiares que cumplieron los criterios de selección.

Por conveniencia se incluyeron todos los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, Aguascalientes, de ambos turnos que aceptaron participar en el estudio.

VI.6. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes.
 - Cualquier edad, género, turno y tipo de contrato.
 - Que acepten participar y firmen carta de consentimiento bajo información.

Criterios de no inclusión

- Médicos familiares que no se encontraron en la Unidad de Salud al momento de la realización del estudio, sea por vacaciones, permisos, enfermedad o comisión.

Criterios de eliminación

- Médicos familiares que contesten de forma incompleta el cuestionario.

VI.7. Descripción del estudio

En el presente estudio se invitó a participar a médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, Aguascalientes, los cuales se encuentran en la sesión semanal.

Previa autorización de Dirección o Subdirección del Hospital, se aplicó a los médicos familiares el Cuestionario de Conocimiento sobre la Valoración Geriátrica integral. Este cuestionario fue desarrollado por el investigador responsable y el tesista y está compuesto por 6 secciones:

- a) Información sociodemográfica y laboral.
- b) Conocimientos sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor.
- c) Conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.
- d) Conocimientos sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.
- e) Conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar.
- f) Conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad.

Posterior a la aplicación del cuestionario, se capturó la información en SPSS para llevar a cabo el análisis de los datos y presentar los resultados finales.

VI.8. Técnica de recolección de datos e instrumento medición

Se llevó a cabo una entrevista con cada encuestado en un total de 40 médicos familiares de ambos turnos, en donde se le explicó a cada uno el instrumento creado con la finalidad de medir los niveles de conocimientos sobre la VGI. Se otorgó consentimiento informado, posterior a su lectura y al encontrarse de acuerdo, este mismo lo firmó. Se procedió a realizar la encuesta, con la certeza que el entrevistado haya comprendido las instrucciones.

VI.9. Descripción del instrumento

El instrumento de evaluación para el “Conocimiento sobre la Valoración Geriátrica integral.” consta de dos secciones: a) la **sección 1** sobre datos sociodemográficos y laborales y b) La **sección 2** para evaluación del nivel de conocimiento sobre Valoración Geriátrica Integral. Esta segunda sección está conformada por 60 ítems y 6 dominios; 10 preguntas corresponden a cada dominio.

Los dominios son:

- i) Conocimientos generales sobre la valoración geriátrica integral
- ii) Conocimientos sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor.
- iii) Conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.
- iv) Conocimientos sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.
- v) Conocimiento sobre la evaluación socio-familiar.
- vi) Conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad.

Este instrumento fue diseñado con base en la Guía de Práctica Clínica de Valoración Geriátrica Integral (IMSS-190-10).²¹

Se evaluó cada ítem mediante respuestas dicotómicas. Los ítems del 1 al 10 evalúan conocimientos generales sobre la valoración geriátrica integral, del 11-20 sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor, del 21-30 los conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor; los ítems 31-40 miden los conocimientos sobre la

evaluación funcional del paciente geriátrico; los ítems 41-50 miden el conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar y los ítems 51-60 miden el conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad. Cada respuesta incorrecta puntúa 0 y cada respuesta correcta puntúa 1. De esta manera se obtendrá un puntaje máximo por dominio de 10 puntos y un puntaje crudo total máximo de 60 puntos. Para convertir el puntaje crudo en un puntaje estandarizado de 0-100, se multiplicará el puntaje crudo por 1.66.

VI.9. Validez de instrumento

Validación aparente: se realizó mediante una prueba piloto donde se aplicó el instrumento a 3 grupos locales de médicos familiares de las UMF 10, 11 y 8, confirmándose que no existieran errores de interpretación lingüística. Se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir.

Validación de contenido: Se realizó mediante la colaboración de un grupo de 5 expertos (1 Geriatra, 3 Médicos Internistas y 1 Médico familiar), los cuales analizaron de forma independiente y cegado hasta saturar el contenido.

Validez de constructo y confiabilidad: se estimó posterior a la aplicación de la encuesta piloto. El instrumento, al ser diseñado con variables dicotómicas (falso o verdadero) se utilizó el coeficiente de kuder-Richardson 20 que permite obtener la confiabilidad a partir de datos obtenidos en una sola aplicación del test: Coeficiente de consistencia interna. Obteniéndose un valor de 9.0 de esta manera y de acuerdo a criterio general, el instrumento se considera con una confiabilidad alta.

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{Vt - \sum p.q^2}{Vt^2} \right]$$

Figura 3. Fórmula de Kuder-Richardson

Así mismo, mediante el programa SPSS V21, se obtiene el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.9, por lo que se considera confiable.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{Vt} \right]$$

Figura 4. Fórmula Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.959	.955	24

Figura 5. estadísticos de fiabilidad. SPSS v21

VI. 10. Plan de análisis estadístico

La información obtenida fue capturada en el programa Excel. Posteriormente, se importó al programa SPSS. v. 21 para Windows para llevar a cabo el análisis estadístico.

El análisis descriptivo consistió en el cálculo de media, desviación estándar y rango para variables cuantitativas (edad, puntajes por dominio, antigüedad laboral, etc.), así como, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (género, categoría laboral, estado civil, turno laboral, tipo de contrato, nivel de conocimiento por dominio).

Para el análisis inferencial se emplearon la prueba X^2 para determinar significancia de variables cualitativas entre 2 o más grupos, la prueba U de Mann-Whitney para para comprar variables cuantitativas entre 2 subgrupos y/o la prueba Kruskal Wallis para contrastar variables cuantitativas entre 3 o más subgrupos.

Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Se utilizaron gráficos y tablas para presentar la información.

VI. 11. Recursos y financiamiento

Los recursos necesarios para esta investigación constan de: computadora, impresora, fotocopias, lápices, borradores, engrapadora, gasolina. Financiamiento en su totalidad por el testista, sin requerir por parte de la institución inversión adicional. Con costo aproximado de:

Categoría	Costo unitario (\$)	Cantidad (#)	Costo total (\$)
Computadora	\$8,000	1	\$8,000.00
Impresora	\$1,000	1	\$1,000.00
Cartucho de tinta	\$1,500	1	\$1,500.00
Fotocopias	\$0.50	300	\$150.00
Lápices	\$4.00	20	\$80.00
Borradores	\$2.00	20	\$40.00
Engrapadora	\$40.00	1	\$40.00
Caja de grapas	\$30.00	1	\$30.00
Gasolina	\$16.01(Lt)	100Lt	\$1,601.00
Total			\$12,411.00

VII. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación se llevó a cabo de acuerdo al marco jurídico de la Ley General en Salud que clasifica la investigación como sin riesgo.

También, el estudio se apega a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014).

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación.

Se hizo uso correcto de los datos y se mantuvo absoluta confidencialidad de los mismos. Se requiere de firma de carta de consentimiento informado por parte del médico.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DIC 16	ENE 17	FEB 17	MAR 17	ABR 17	MAY 17	JUN 17	JUL 17	AGO 17	SEP 17	OCT 17	NOV 17	DIC 17	ENE 18	FEB 18
Elección del tema	X														
Acopio de la Información	X	X													
Revisión de la Literatura		X	X												
Diseño del Protocolo		X	X												
Planteamiento del Problema		X	X												
Antecedentes		X	X												
Justificación		X	X												
Seminario de Tesis	X														
Objetivo General y específicos		X	X	X											
Diseño de la Investigación		X	X	X	X	X	X								
Envío del Protocolo al Comité Local										X	X				
Revisión y modificación del Protocolo												X			
Registro del Protocolo													X		

Aprobación del Protocolo														X		
Trabajo de Campo														X	X	
Captura y Tabulación de Datos															X	
Análisis de Resultados															X	
Autorización															X	
Elaboración de informe final															X	X
Discusión de resultados																P
Examen de Presentación																P

IX. RESULTADOS

1. Construcción y validación del instrumento

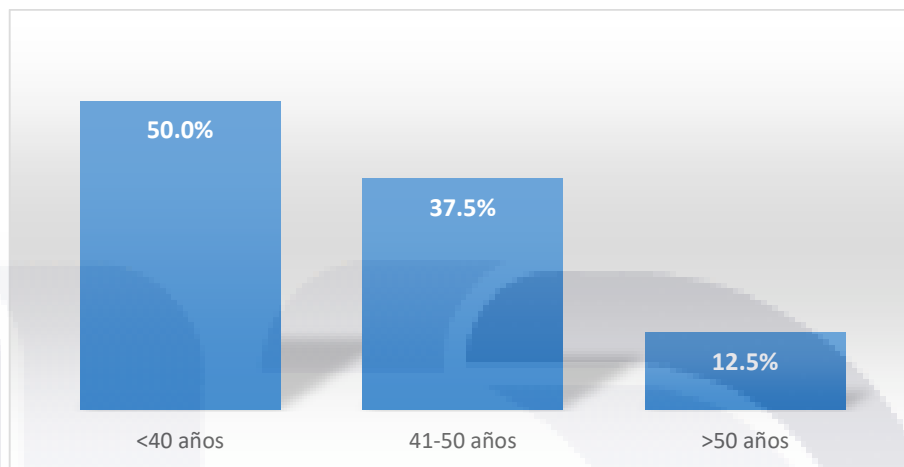
Se construyó el instrumento con base en el contenido de la GPC de VGI y se validó en 3 etapas:

- a) **Validación aparente.** Encontrándose una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir.
- b) **Validación de contenido:** Mediante colaboración con un grupo de 5 expertos (1 Geriatra, 3 Médicos Internistas y 1 Médico familiar), los cuales analizaron de forma independiente y cegado hasta saturar el contenido.
- c) **Validez de constructo y confiabilidad:** se estimó el coeficiente de Kuder-Richardson 20 (Coeficiente de consistencia interna) obteniéndose un valor de 9.0, lo que indica que el instrumento tiene una confiabilidad alta. También se calculó el alfa de Cronbach fue de 0.959, por lo tanto, la confiabilidad es alta.

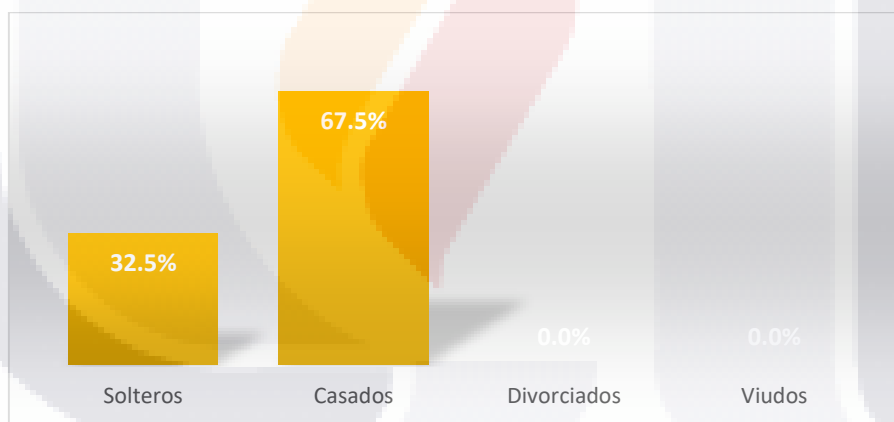
2. Características demográficas de los médicos familiares

Se incluyeron un total de 40 médicos familiares, de los cuales el 60% fueron femeninos y el 40% masculinos. La distribución por grupos de edad muestra que el 50% de los médicos eran

<40 años, el 37.5% de 41-50 años, y solo el 12.5% eran mayores de 50 años (Figura 3). El 32.5% de los médicos fueron solteros y el 67.5% casados (Figura 4).



Gráfica 1. Distribución de los médicos por grupos de edad. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.



Gráfica 2. Estado civil de los médicos participantes de la UMF No. 1 de Aguascalientes. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

3. Características profesionales y laborales de los médicos

Se evaluaron las características laborales y profesionales de los médicos participantes, encontrando que la mayoría (65%) eran médicos familiares. El 40% del total se encontraban certificados por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar o Medicina General. El 50% de

los Médicos Familiares estaban certificados y solo el 21.4% de los Médicos Generales. El turno y la antigüedad laboral se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Características laborales y profesionales de los médicos.		
<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Formación profesional		
Médico general	14	35.0
Médico familiar	26	65.0
Certificación por el Consejo (total)	16	40.0
Médicos familiares	13	50.0
Médicos generales	3	21.4
Turno laboral		
Matutino	20	50.0
Vespertino	20	50.0
Antigüedad laboral		
<5 años	7	17.5
6-10 años	20	50.0
>10 años	13	32.5

4. Conocimiento sobre la valoración geriátrica integral

El 22.5 % de los médicos contestaron conocer sobre la GPC de Valoración Geriátrica Integral, los restantes (77.5%) dijeron no conocer sobre la GPC.

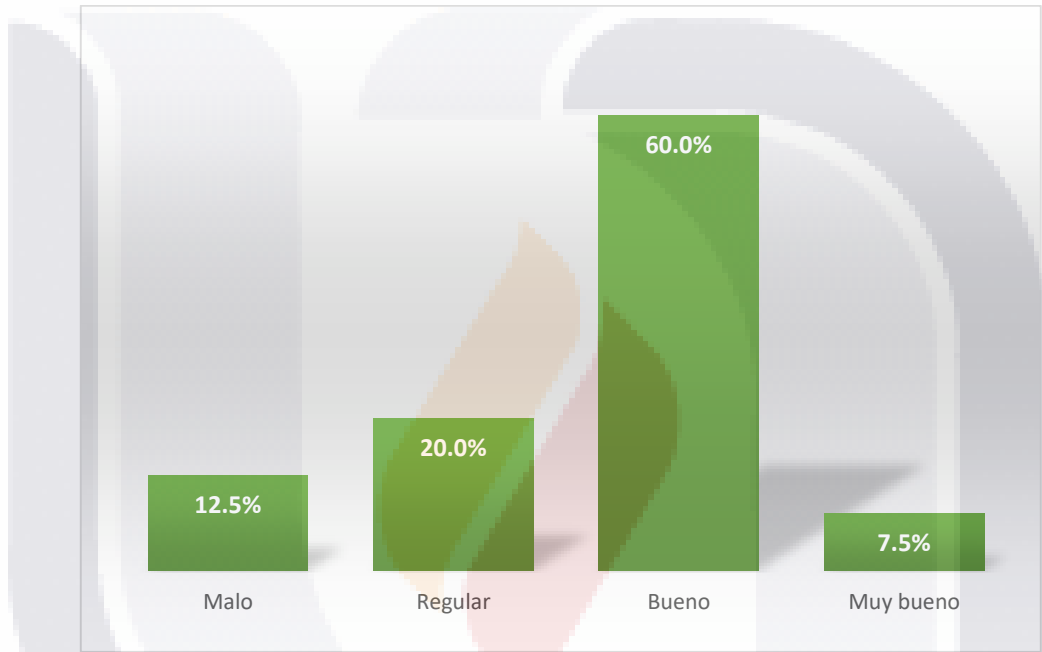
4.1 Conocimiento sobre generalidades de la valoración geriátrica integral

Se evaluó el conocimiento general de los médicos sobre generalidades de valoración geriátrica integral, encontrando un puntaje promedio de 75.7 ± 15.5 , con un puntaje mínimo de 40 y máximo de 100 (Tabla 3). Dos terceras partes de los médicos tuvieron un conocimiento bueno o muy bueno y una tercera parte malo o regular (Figura 5).

Tabla 3. Puntaje de conocimiento sobre generalidades de valoración geriátrica integral

	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre generalidades de valoración geriátrica integral	75.7±15.5	40	100

*DE= Desviación estándar



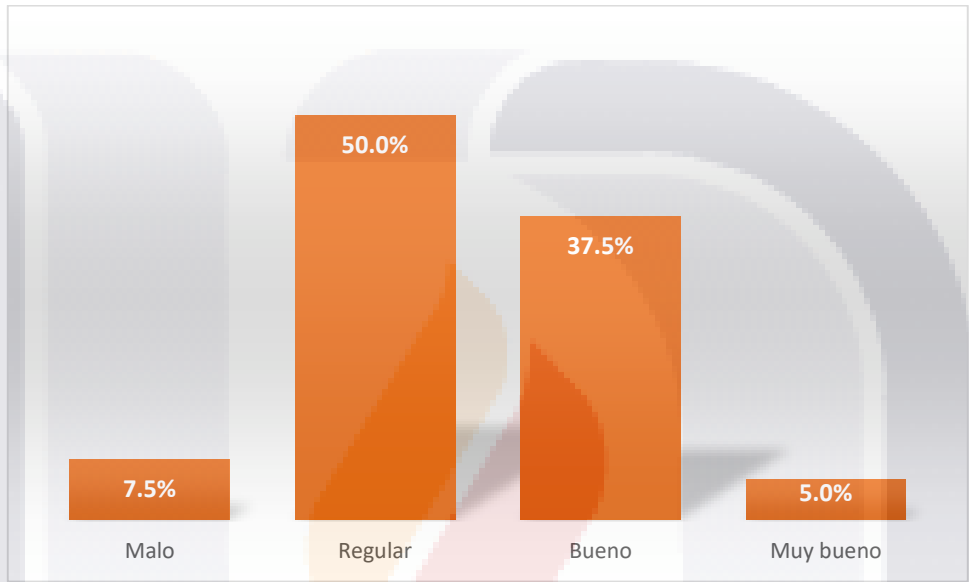
Gráfica 3. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre generalidades de valoración geriátrica integral. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.2 Conocimiento sobre valoración médico-biológica

El puntaje promedio de conocimiento sobre valoración médico-biológica fue 73.0±12.8 (Tabla 4). El 7.5% de los médicos tuvieron un mal conocimiento, el 50% regular, el 37.5% bueno y el 5.0% muy bueno (Figura 6).

Tabla 4. Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica			
	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	73.0±12.8	50	100

*DE= Desviación estándar



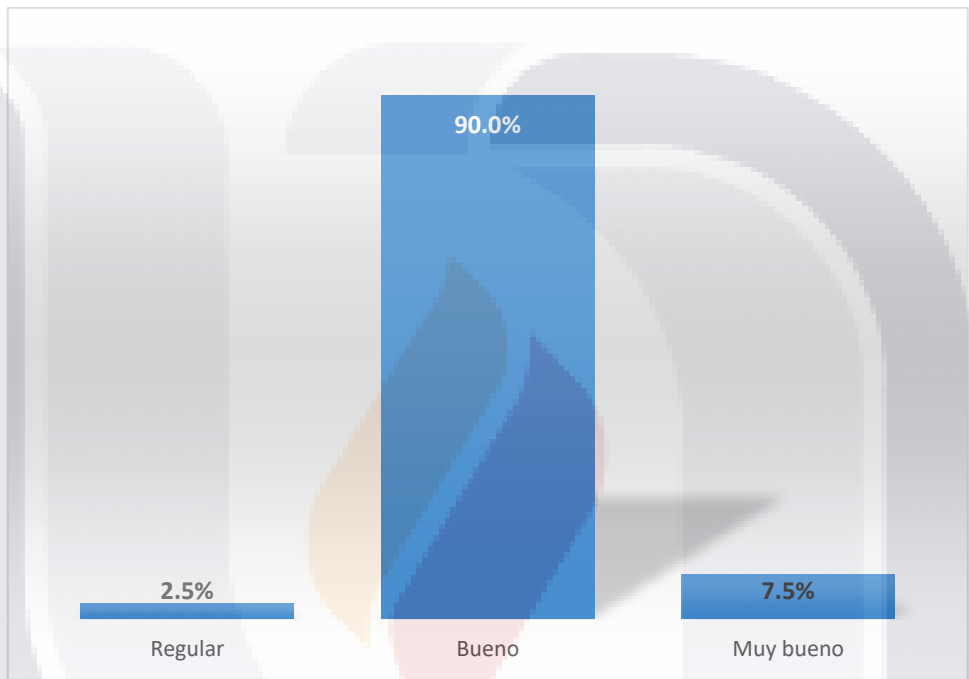
Gráfica 4. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre la valoración médico-biológica. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.3 Conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva

El puntaje promedio de conocimiento sobre la evaluación mental y psicoafectiva fue 86.2±6.7 (Tabla 5). El 2.5% de los médicos tuvieron un conocimiento regular, el 90% bueno y 7.5% muy bueno (Figura 7).

Tabla 5. Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva

	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	86.2±6.7	70	100

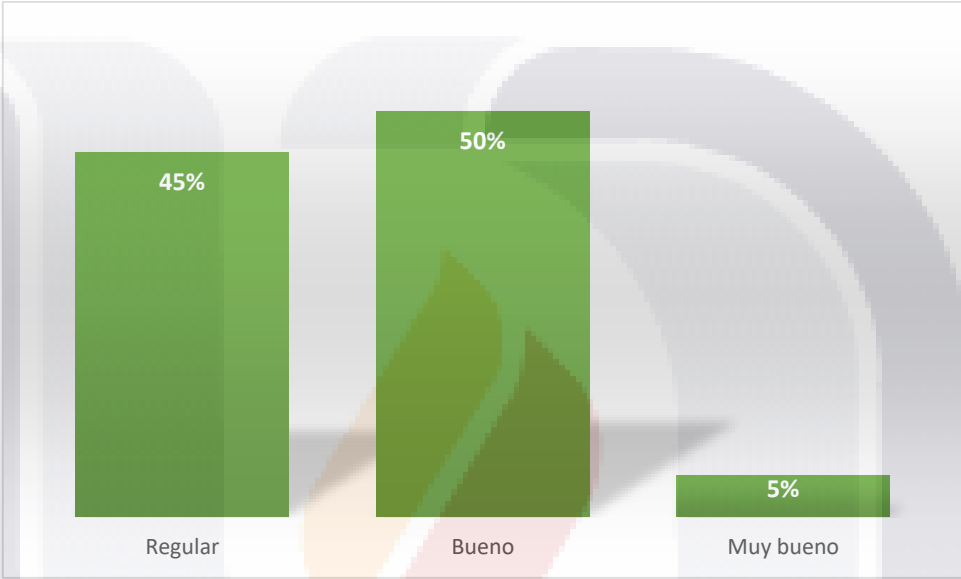


Gráfica 5. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre la evaluación mental y psicoafectiva. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.4 Conocimiento sobre evaluación funcional

En relación con la evaluación funcional el puntaje promedio fue 77.7±11.8, el puntaje mínimo y máximo se presenta en la Tabla 6. El 45% de los médicos tenía un conocimiento regular, el 50.0% bueno y el 5% muy bueno (Figura 8).

Tabla 6. Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional			
	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	77.7±11.8	60	100

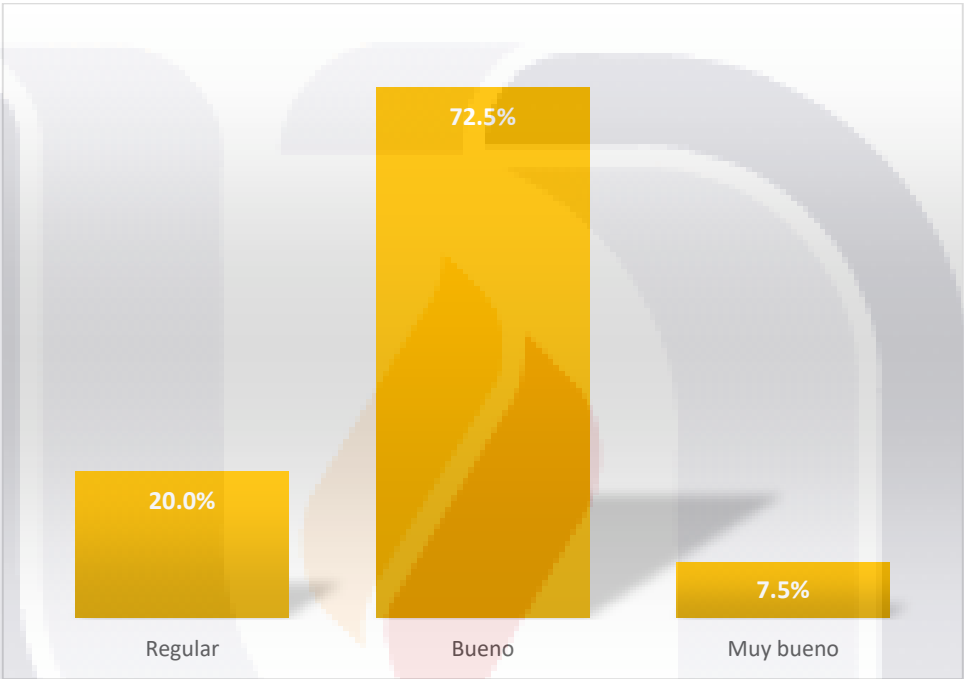


Gráfica 6. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre evaluación funcional. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.5 Conocimiento sobre evaluación socio-familiar

En relación con la evaluación socio-familiar el puntaje promedio fue 81.2±8.8, el puntaje mínimo y máximo fue 60 y 100, respectivamente (Tabla 7). El 20% de los médicos tenía un conocimiento regular, el 72.5% bueno y el 7.5% muy bueno (Figura 9).

Tabla 7. Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar			
	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	81.2±8.8	60	100



Gráfica 7. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre evaluación sociofamiliar. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.6 Conocimiento sobre escalas de clasificación de la enfermedad

El puntaje promedio de conocimientos sobre Escalas de clasificación de la enfermedad fue 73.0±17.5 (Tabla 8). El 2.5% tuvieron un conocimiento muy malo sobre escalas de clasificación de la enfermedad, el 15.0% malo, el 25.0% regular, el 50% bueno y el 7.5% muy bueno (Figura 10).

Tabla 8. Puntaje de conocimiento sobre escalas de clasificación de la enfermedad			
	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de la enfermedad	73.0±17.5	20	100

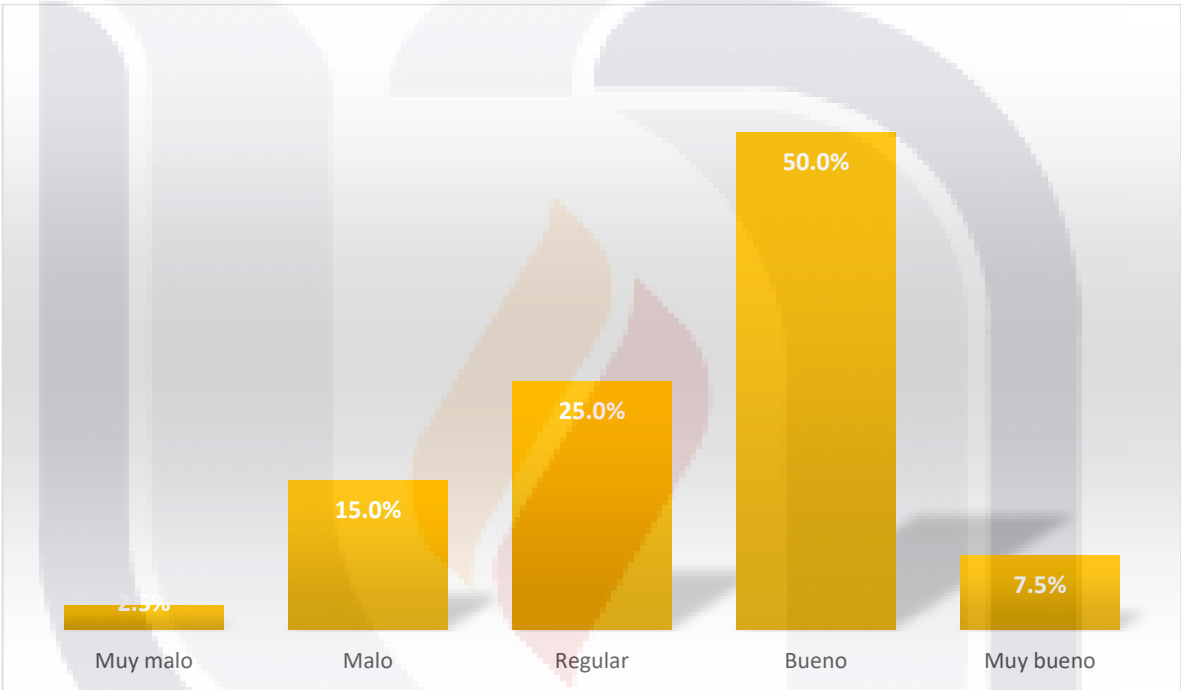
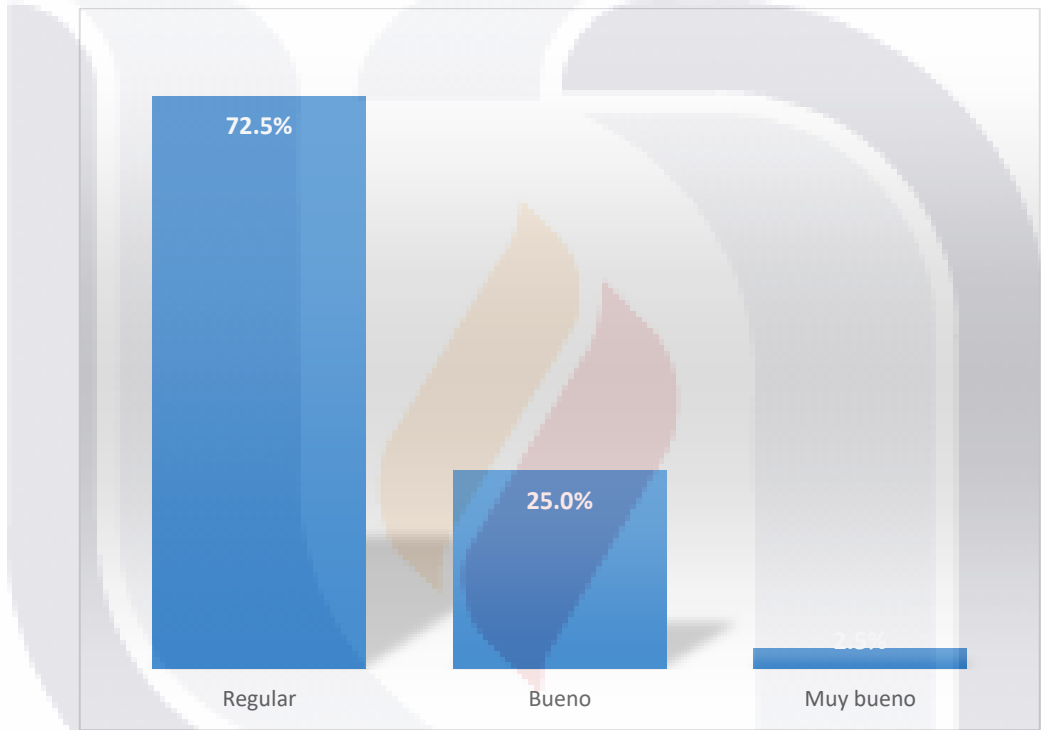


Gráfico 8. Grado de conocimiento de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre clasificación de la enfermedad. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

4.7 Conocimiento global sobre valoración geriátrica integral

Posteriormente, se determinó el conocimiento global sobre valoración geriátrica integral encontrándose un puntaje promedio de 77.5±6.5 (rango 64.7-96.3 puntos; Tabla 9). Es decir, el 72.5% de los médicos tuvieron un conocimiento regular sobre VGI, el 25.0% bueno y el 2.5% muy bueno (Figura 9).

Tabla 9. Puntaje global de conocimiento sobre VGI			
	<i>Promedio ± DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Puntaje global de conocimiento sobre VGI	77.5±6.5	64.7	96.3



Gráfica 9. Grado de conocimiento global de los médicos de la UMF No. 1 de Aguascalientes sobre la VGI. Fuente: Instrumento para evaluación de “Conocimiento del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral”.

5. Comparación del conocimiento sobre VGI por género

Al compararse por género el nivel de conocimiento sobre VGI, no se encontraron diferencias significativas en todos los dominios, ni en el puntaje global entre masculinos y femeninos (Tabla 10).

Tabla 10. Puntaje de conocimiento sobre VGI por género

	<i>Masculinos</i>	<i>Femeninos</i>	<i>p</i>
Puntaje sobre generalidades de valoración geriátrica integral	75.0±16.7	76.2±14.9	0.806
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	73.7±14.1	72.5±12.2	0.767
Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva	86.2±6.1	86.2±7.1	1.000
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	78.1±12.7	77.5±11.5	0.873
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	80.0±7.3	82.0±9.7	0.472
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de escalas de enfermedad	75.0±17.8	71.6±17.6	0.563
Puntaje global de conocimiento	77.7±6.8	77.3±6.3	0.884

* Prueba t de muestras independientes

6. Comparación del conocimiento por turno laboral

Por turno laboral, no hubo diferencias en el nivel de conocimiento sobre VGI, sin embargo, se encontraron diferencias significativas en los dominios generalidades sobre VGI y conocimiento sobre evaluación funcional. Los médicos del turno matutino tuvieron mayor puntaje de conocimiento en evaluación funcional y los del turno vespertino tuvieron mayor puntaje en generalidades de VGI (Tabla 11).

Tabla 11. Puntaje de conocimiento sobre VGI por turno laboral			
	<i>Matutino</i>	<i>Vespertino</i>	<i>p*</i>
Puntaje sobre generalidades de valoración geriátrica integral	69.5±17.6	82.0±10.0	0.009
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	74.0±12.3	72.0±13.6	0.629
Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva	88.0±6.9	84.5±6.0	0.098
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	82.0±10.5	73.5±11.8	0.022
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	80.0±10.2	82.5±7.1	0.377
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de escalas de enfermedad	74.0±13.5	72.0±21.1	0.724
Puntaje total de conocimiento	77.6±6.7	77.4±6.4	0.937

* Prueba t de muestras independientes

7. Comparación del conocimiento por antigüedad laboral

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre VGI por antigüedad laboral en todos los dominios, ni en el puntaje global (Tabla 12). Aunque, si se encontró una tendencia a mayor puntaje entre los médicos con menos antigüedad que entre los médicos con mayor antigüedad.

Tabla 12. Puntaje de conocimiento sobre VGI por turno laboral

	<i><5 años</i>	<i>6-10 años</i>	<i>>10 años</i>	<i>p</i>
Puntaje sobre generalidades de valoración geriátrica integral	78.5±10.6	79.0±13.3	69.2±19.3	0.184
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	80.0±15.2	70.0±12.5	73.8±11.2	0.203
Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva	90.0±5.7	85.0±6.0	86.1±7.6	0.238
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	75.7±15.1	78.5±12.2	77.6±10.1	0.873
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	81.4±8.9	82.0±6.9	80.0±11.5	0.823
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de escalas de enfermedad	72.8±21.3	77.5±12.5	66.1±21.0	0.196
Puntaje total de conocimiento	79.4±9.6	78.3±5.2	75.2±6.1	0.278

* Prueba ANOVA

8. Comparación del conocimiento entre médicos familiares y médicos generales

Al comparar el conocimiento entre médicos familiares y médicos generales tampoco se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedio de conocimiento global ni en alguno de los dominios (Tabla 13).

Tabla 13. Comparación del puntaje de conocimiento sobre VGI entre médicos familiares y generales

	<i>Médicos familiares</i>	<i>Médicos generales</i>	<i>p</i>
Puntaje sobre generalidades de valoración geriátrica integral	72.1±18.4	77.7±13.6	0.286
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	65.0±13.4	77.3±10.4	0.003
Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva	84.3±6.5	87.3±6.7	0.175
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	75.7±15.1	78.8±9.9	0.433
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	81.4±9.5	81.1±8.6	0.927
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de escalas de enfermedad	75.0±20.3	71.9±16.2	0.604
Puntaje total de conocimiento	75.3±7.7	78.7±5.5	0.111

* Prueba t de muestras independientes

9. Comparación del conocimiento entre médicos certificados y no certificados

Los puntajes de conocimiento sobre VGI entre médicos certificados y no certificados solo mostraron diferencias significativas en dos dominios. Los médicos certificados tuvieron significativamente un mejor puntaje de conocimiento en los dominios Valoración Médico-Biológica y en el dominio Evaluación mental y psicoafectiva (Tabla 14).

Tabla 14. Puntaje de conocimiento sobre VGI entre médicos certificados y no certificados

	<i>Médicos certificados</i>	<i>Médicos no certificados</i>	<i>p</i>
Puntaje sobre generalidades de valoración geriátrica integral	76.2±11.4	75.4±17.9	0.870
Puntaje de conocimiento sobre valoración médico-biológica	78.1±13.3	69.6±11.6	0.038
Puntaje de conocimiento sobre evaluación mental y psicoafectiva	89.4±6.8	84.2±5.8	0.014
Puntaje de conocimiento sobre evaluación funcional	78.7±13.1	77.1±11.2	0.669
Puntaje de conocimiento sobre evaluación sociofamiliar	81.2±8.8	81.2±9.0	1.000
Puntaje de conocimiento sobre clasificación de escalas de enfermedad	72.5±18.4	73.3±17.4	0.885
Puntaje total de conocimiento	79.1±7.8	76.5±5.3	0.225

* Prueba t de muestras independientes

X. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se encontró que el conocimiento global de tres cuartas partes de los médicos de primer contacto de la UMF No. 1 de Aguascalientes fue regular y solo una cuarta parte tuvieron un conocimiento bueno o muy bueno, lo que indica la necesidad de capacitación sobre valoración geriátrica integral para los médicos de ambos turnos, ambos géneros, ya que el nivel de conocimientos fue similar entre los médicos de ambos turnos y de ambos géneros.

Por lo tanto, además de mejorar la concepción pedagógica de los programas académicos de formación de pregrado,³⁹ es necesario incrementar las intervenciones educativas entre los profesionales de la salud, ya que estas han demostrado incrementar significativamente el conocimiento de los profesionales de salud de primer contacto.⁴⁰ Para ello, son útiles diversas estrategias, entre las que destacan: la actualización, el reciclaje, la capacitación, la educación en salud y la educación médica continua. De esta forma, se podrá promover la competencia profesional para incrementar la calidad de la atención médica a adultos mayores.⁴⁰

Otros estudios han demostrado que el nivel de conocimiento sobre VGI o atención del adulto mayor es bajo entre médicos de primer contacto no geriatras. Zelada y cols. encontró que sólo el 30% recibieron formación en el pregrado referente a geriatría y de estos, el 59% considera que esa formación fue regular o mala; además, solo el 10% se consideró capacitado y sólo el 27% conoce el modelo de historia clínica aplicada para el adulto mayor.¹ Reyes y cols. (2006) por su parte, encontraron que el 50% de los especialistas de medicina integral tuvieron un mal conocimiento sobre farmacovigilancia y al uso de medicamentos en el anciano.² Mientras que, Miranda y cols. encontraron que los médicos de primer contacto tuvieron dificultades relacionadas con la periodicidad de realización de la evaluación geriátrica, con la identificación de los objetivos del PAIAM (Programa de Atención Integral al Adulto Mayor), la identificación de ancianos frágiles, y los signos y síntomas necesarios a explorar en un paciente hipertenso; también tuvieron problemas con la orientación diagnóstica y el tratamiento inicial.³

En contraste, *Elizalde y cols. (2017)* encontraron que, en relación con la competencia clínica del médico familiar para la detección de maltrato en el adulto mayor, el 35% de los médicos familiares de la UMF No. 1 de Aguascalientes tuvieron un “muy alto nivel de conocimientos” y el 45% un “alto nivel de conocimientos”, con mayores niveles de conocimiento entre los <40 años de edad y entre los certificados por el Consejo Mexicano de Médicos Familiares. Mientras que, en el área práctica, el 62% obtuvo un “alto nivel” y 20% “nivel intermedio”. Lo que demuestra, que el nivel de conocimientos y habilidades de los médicos familiares son distintos dependiendo de la institución en que se valore y de los tópicos específicos que se

evalúen, pero también indica que los médicos de la UMF No. 1 tienen un nivel destacado de conocimientos sobre VGI en algunos tópicos y en otros un menor nivel.

García y cols. por su parte identificaron que los factores que pudiesen estar influyendo negativamente en el cumplimiento adecuado del programa del adulto mayor en la atención primaria de mencionan: sobrecarga de trabajo y exceso de población, no realización de cursos de continuidad, poca actualización, dificultad en el manejo del programa y poca bibliografía.

⁴ Por lo que sería recomendable, en un futuro estudio, la identificación de los factores asociados a bajos niveles de conocimiento de los médicos familiares sobre la VGI.

Si bien, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos dominios entre médicos certificados y no certificados, los mayores puntajes obtenidos en los dominios de Valoración Médico-Biológica y en el dominio Evaluación mental y psicoafectiva por los médicos certificados, indican que la certificación podría ser uno de los caminos útiles para mejorar el nivel de conocimiento de médicos de primer contacto de la UMF No. 1, siempre y cuando se cumpla con el espíritu y objetivo de la certificación y recertificación que es la educación médica continua bajo los más estrictos cánones académicos que aseguren la permanente actualización del médico con la finalidad de ofrecer una atención de calidad al paciente.⁴¹

El estudio de Elizalde (2017) realizado en la UMF No. 1 de Aguascalientes, también se encontró que los médicos certificados y más jóvenes tuvieron un mejor conocimiento sobre la detección de maltrato del adulto mayor que los no certificados y los de mayor edad.

CONCLUSIONES

Si bien la mayoría los médicos familiares de la UMF No. 1 de Aguascalientes tuvieron un conocimiento regular sobre la GPC de Valoración Geriátrica Integral, este nivel de conocimientos es superior al reportado en otros hospitales y unidades de atención general o geriátrica.

Dado que, los dominios con menores puntajes en la VGI fueron el de clasificación de la enfermedad y el de valoración médico-biológica, se recomienda implementar estrategias educativas para mejorar el conocimiento en dichas áreas como prioridad.

Pero, además, es recomendable asegurar que las instituciones de formación profesional de médicos, incluyan en el pregrado la valoración geriátrica integral y que se estimule la certificación de los médicos generales y familiares, ya que quienes tuvieron mejores puntajes en algunos dominios, fueron los médicos certificados y los médicos con menor antigüedad laboral. Es decir, aquellos que llevaron en sus currículos la Geriatria y fueron obligados a certificarse para poder recibir su cédula profesional.

GLOSARIO

Conocimiento: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Médico Familiar: Especialista en la atención de los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en los ámbitos individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.

Valoración Geriátrica Integral (VGI): proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Adulto Mayor: La OMS considera como adulto mayor, al individuo con edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y 65 años o más quienes viven en países desarrollados.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Zelada M, Mayta P. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006;23(1).
2. Reyes Expósito A, Pérez Davison G, Martínez Sánchez G. Errores en la medicación del adulto mayor en el área de salud del Policlínico Universitario, Plaza, Ciudad de La Habana. Rev Cubana Farm. 2006; 40(3): 1-5.
3. Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(3): 1-6.
4. García Adianez A, Mejías Alcázar A. Necesidades de aprendizajes del personal de salud que atiende al adulto mayor. Educ Med Super. 2009; 23(4): 194-204.
5. Elizalde Martínez J. Competencia clínica del médico familiar en la detección oportuna del maltrato en el adulto mayor. Aguascalientes, México. 2017.
6. Alles M. Desarrollo del talento humano basado en competencias. Editorial Granica. México: 2007.
7. Key R. El conocimiento académico, científico y crítico en el pensamiento educativo de Paulo Freire Sapiens. Rev Univers Investig. 2009; 10(1): 261-276.
8. Martínez Marín, A, Ríos Rosas, F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio. 2006;(25):0.
9. Mouriño Perez RR, Espinosa Alarcón P, Moreno Altamirano L. El conocimiento científico. Factores de Riesgo en la Comunidad I. Facultad de Medicina, UNAM. México: 1991: 23-26.
10. García Rolando. Epistemología y Teoría del Conocimiento. Salud colectiva. 2006; 2(2): 109-122.
11. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. Rev Hosp Ital B Aires. 2006; 26(2): 55-61.

12. Editorial Archivos de Medicina Familiar. Elementos esenciales de la medicina familiar. Arch Medic Fam. 2005; 13-14.
13. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de Formación de Especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. Madrid: 2009. 281: 302.
14. Garrett EJ. Funciones del médico en la atención primaria de salud. Educ Med Salud. 1981; 15(3): 149-257.
15. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. Clin Interv Aging. 2014; 9:2033–43.
16. Ramani L, Furnedge DS, Reddy SPH. Comprehensive geriatric assessment. Br J Hosp Med Lond Engl 2005. 2014;75(8):C122-125.
17. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. Med Clin North Am. 2015;99(2):263–79.
18. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O’Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011;343: d6553.
19. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. [Comprehensive geriatric assessment]. Rev Enfermeria Barc Spain. 2015;38(9):55–60.
20. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica, México, Secretaria de Salud, 2010.
21. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “Emergency Frailty Unit”. Age Ageing. 2014;43(1):109–14.

22. Van Kempen JAL, Melis RJF, Perry M, Schers HJ, Rikkert MGMO. Diagnosis of frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment: differences between family physicians and geriatricians. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2015;28(2):240–8.
23. Tarazona-Santabalbina FJ, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment in the XXI century. *Rev Espanola Geriatr Gerontol*. 2014;49(2):47–8.
24. Namioka N, Hanyu H, Hatanaka H, Fukasawa R, Sakurai H, Iwamoto T. Comprehensive geriatric assessment in elderly patients with dementia. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(1):27–33.
25. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment--a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014;68(3):290–3.
26. Larsen MD, Rosholm JU, Hallas J. The influence of comprehensive geriatric assessment on drug therapy in elderly patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(2):233–9.
27. Somme D, Rousseau C. [Standardized geriatric assessment or comprehensive gerontological assessment: where do we stand?]. *Rev Med Interne*. 2013;34(2):114–22.
28. Sattar S, Alibhai SMH, Wildiers H, Puts MTE. How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. *The Oncologist*. 2014;19(10):1056–68.
29. Rubenstein LZ. Evolving models of comprehensive geriatric assessment. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(6):446–7.
30. Martínez-Velilla N, Cambra-Contin K, Ibáñez-Beroiz B. Comorbidity and prognostic indices do not improve the 5-year mortality prediction of components of comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *BMC Geriatr*. 2014; 14:64.
31. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(7):CD006211.

32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2013-2014. México: 2015. 1-7.

33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Entorno demográfico y epidemiológico y la presión que ejercen sobre el gasto médico. IMSS. México: 2014: 28-42.

34. Gobierno de la República. Programa Sector de Salud- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: 2013.

35. Secretaría de Gobernación. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Diario Oficial de la Federación, 13 de septiembre de 2012.

36. Secretaría de Gobernación. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Diario Oficial de la Federación, 17 de noviembre de 1999.

37. Aranzábal-Alegría G, Verastegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM, Quintana-Mendoza LY, Vilchez-Cornejo J, Espejo CB, Arroyo LK, Vargas M, Fernández-Lamas N, Mejía CR. Factors influencing the level of knowledge of cardiopulmonary resuscitation in hospitals in Peru. *Colomb J Anesthesiol.* 2017; 45(2): 114-121.

38. Paico Romero CN. Factores asociados al nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de dengue en médicos de la Región Lambayeque (Tesis). Universidad de San Martín de Porres. Chiclayo, Perú: 2015.

ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación del participante.	Discreta	Años
Género	Cualitativa	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.	Nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Cualitativa	Condición del entrevistado según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto.	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
Turno laboral	Cualitativa	Momento del día en que se encuentra programada la jornada laboral del médico familiar	Nominal	Matutino Vespertino
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Tiempo transcurrido, desde el ingreso a la institución hasta el momento de la entrevista.	Discreta	Años
Tipo de contrato	Cualitativa	Clase de contrato que rige el compromiso entre el empleado y el empleador según el tiempo y las condiciones laborales.	Nominal	De base Eventual Confianza
Conocimiento sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor	Cualitativa	Grado de conocimientos del MF sobre evaluación farmacológica, problemas de visión, audición e incontinencia urinaria	Ordinal	Muy bueno (>90 puntos) Bueno (80-90 puntos) Regular (60-79 puntos) Malo (<60 puntos) Muy malo (<40 puntos)

<p>Conocimiento sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Grado de conocimientos del MF sobre deterioro cognitivo, trastornos del sueño, depresión y delirium</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Muy bueno (>90 puntos) Bueno (80-90 puntos) Regular (60-79 puntos) Malo (<60 puntos) Muy malo (<40 puntos)</p>
<p>Conocimiento sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Grado de conocimientos del MF sobre actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, riesgo de caídas y riesgo de úlceras por presión</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Muy bueno (>90 puntos) Bueno (80-90 puntos) Regular (60-79 puntos) Malo (<60 puntos) Muy malo (<40 puntos)</p>
<p>Conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Grado de conocimientos del MF sobre la evaluación sociofamiliar del paciente geriátrico.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>B Muy bueno (>90 puntos) Bueno (80-90 puntos) Regular (60-79 puntos) Malo (<60 puntos) Muy malo (<40 puntos)</p>
<p>Conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Grado de conocimientos del MF sobre criterios de Beers, examen minimal de Folstein, medidas de higiene del sueño, recomendaciones para inducir sueño naturalmente, escala de depresión de Yesavage, método de evaluación de confusión, índice de Katz, escala de Lawton & Brody y la escala de Braden.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Muy bueno (>90 puntos) Bueno (80-90 puntos) Regular (60-79 puntos) Malo (<60 puntos) Muy malo (<40 puntos)</p>

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **"CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1., AGUASCALIENTES"**

Patrocinador externo (si aplica): *
Lugar y fecha: **UMF No.1 Delegación Aguascalientes durante el periodo: Diciembre del 2016 a Noviembre del 2017**

Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: **JUSTIFICACION:** El crecimiento de la población geriátrica en México va acompañada de un aumento de las enfermedades crónicas y mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace que su manejo sea más complejo. Lo que obliga a un mayor consumo de recursos. Se hace necesario el uso de herramientas que nos ayuden a indentificar necesidades y detección de riesgos con el fin de diseñar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el paciente geriátrico presente. La atención del adulto mayor requiere una valoración global y multidisciplinaria que se base en aspectos biológicos propios del envejecimiento, a sus actividades de la vida diaria, funcionalidad, psicológicas, personalidad y conducta, relación familiar y socioeconómica. Se necesitan modelos de salud con el objetivo de "cuidar", mantener la salud, así como la promoción de su autonomía, independencia funcional e integración familiar. Se hace necesario los conocimientos y habilidades adecuadas para identificar las necesidades y riesgos para ofrecer una atención individualizada al paciente geriátrico, donde no sólo se debe a un problema médico, sino a cambios propios de la edad a los que se agregan factores socio-psicológicos.
OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar el nivel de conocimientos del médico familiar sobre la valoración geriátrica integral en la Unidad de Medicina familiar No. 1. Delegación Aguascalientes.

Procedimientos: Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique una encuesta sobre la VGI.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer la importancia de la Valoración Geriátrica Integral en el 1er Nivel de Atención.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará o en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
Beneficios al término del estudio: La valoración del médico familiar de la UMF No. 1 en cuanto a conocimientos y habilidades en relación a la Valoración Geriátrica Integral y conocer el porqué de sus deficiencias.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dr. Juan Antonio Vidales Olivo. Adscripción: Hospital General de Zona No. 1. Lugar de Trabajo: Coordinador Delegacional programa GERIATRIMSS Aguascalientes. Domicilio: José María Chávez No. 1212 Col. Lindavista. CP: 20270 Teléfono: 449 804 08 32. Correo electrónico: dr.antoniovidales.geriatra@gmail.com. Matrícula: 99010418.

Colaboradores: Dra. Martha Mireille Sequeira Flores. Adscripción: Hospital General de Zona No. 1. Domicilio: José María Chávez No. 1212 Col. Lindavista. CP: 20270. Teléfono: 331 411 85 43. CORREO ELECTRÓNICO: smarthamireille@yahoo.com.mx. Matrícula: 99015990

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.

Clave: 2810-009-013

ANEXO C. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ESTUDIO: “CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”

Apreciable Médico Familiar:

La presente encuesta, forma parte de un proceso de investigación realizado por un residente de Medicina Familiar con sede establecida en el Hospital General de Zona 1, Aguascalientes, Ags., cuya finalidad es adquirir información útil para proyecto de tesis. Agradecemos de antemano su colaboración.

La información proporcionada es anónima, confidencial y para fines de investigación. Los resultados de la evaluación no se darán a conocer de manera individual.

SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

INSTRUCCIONES: Deberá señalar con una “X” según corresponda su respuesta.

1. EDAD	<40	<input type="checkbox"/>
	41-50 AÑOS	<input type="checkbox"/>
	>51 AÑOS	<input type="checkbox"/>
2. GÉNERO	FEMENINO	<input type="checkbox"/>
	MASCULINO	<input type="checkbox"/>
3. CATEGORÍA	MÉDICO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>
	MÉDICO GENERAL	<input type="checkbox"/>
4. ESTADO CIVIL	SOLTERO	<input type="checkbox"/>
	CASADO	<input type="checkbox"/>
	OTRO	<input type="checkbox"/>

5. TURNO LABORAL	MATUTINO	<input type="checkbox"/>
	VESPERTINO	<input type="checkbox"/>
6. ANTIGÜEDAD DE SERVICIO EN UMF	<5 AÑOS	<input type="checkbox"/>
	6-10 AÑOS	<input type="checkbox"/>
	>11 AÑOS	<input type="checkbox"/>
7. CERTIFICACIÓN	CERTIFICADO	<input type="checkbox"/>
	NO CERTIFICADO	<input type="checkbox"/>
8. ¿Conoce la Guía de Práctica Clínica sobre Valoración Geriátrica Integral (VGI) en Unidades de Atención Médica?	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 2. CONOCIMIENTOS SOBRE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Instrucciones: Señale con una “X” la respuesta correcta. V=verdadero y F= Falso. Es importante que sólo señale una respuesta, de señalar más de una, se considerará como incorrecta. Así mismo, solicitamos no dejar preguntas sin respuesta, ya que automáticamente se invalidará el reactivo. Conteste de forma honesta sin ayuda de demás personal y/o fuentes bibliográficas.

- i) Conocimientos generales sobre la valoración geriátrica integral
- i) Conocimientos sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor.
- iii) Conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.
- iv) Conocimientos sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.
- v) Conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar.
- vi) Conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad.

Parte 1. Conocimientos generales sobre la valoración geriátrica integral		
1. ¿La Valoración Geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en la evaluación de aspectos médicos, psicológicos, funcionales, sociales y familiares de las personas de edad avanzada con el objeto de brindar una atención integral?	V	X
	F	
2. ¿La VGI reduce la probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir?	V	X
	F	
3. Los pacientes sometidos a VGI experimentan mejoría de la cognición.	V	X
	F	
4. El enfoque de la VGI es menos rentable (costo-efectivo) en comparación con el método convencional.	V	
	F	X
5. ¿La VGI está conformada por 3 esferas a evaluar en el paciente geriátrico?	V	
	F	X
6. Quienes son sometidos a VGI experimentan mejoría en la calidad de vida, una estancia hospitalaria más corta, mejoría en el estado funcional.	V	X
	F	
7. La satisfacción del paciente es peor cuando se le realiza la VGI que cuando se les realiza valoración convencional.	V	
	F	X
8. La VGI al ingreso hospitalario ha resultado en un decremento en la mortalidad y en mejoría de la funcionalidad.	V	X
	F	

9. La VGI ha logrado disminuir los ingresos a asilos.	V	X
	F	
10. No se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a los pacientes hospitalizados que tengan 70 y más años	V	
	F	X
Parte 2. Conocimientos sobre la valoración médico-biológica del adulto mayor.		
11. Los componentes de la valoración médico-biológica del adulto mayor son: evaluación farmacológica, evaluación de visión y audición y evaluación de la incontinencia urinaria	V	X
	F	
12. Polifarmacia se refiere al uso de 2 ó más fármacos; es más frecuente en ancianos y contribuye al incremento de reacciones adversas, iatrogenia e ingresos hospitalarios.	V	
	F	X
13. Se recomienda empezar el tratamiento en pacientes geriátricos con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente	V	X
	F	
14. En cada consulta se debe analizar la lista de medicamentos prescritos y automedicados, incluso los medicamentos autoprescritos, herbolarios y homeopáticos, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármaco-enfermedad.	V	X
	F	
15. La disminución en la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas y dependencia funcional; sus principales causas son cataratas, glaucoma y diabetes.	V	X
	F	
16. La valoración de la agudeza visual debe realizarse mediante carta de Snellen para la visión cercana y la Tarjeta de Jaeger para la visión lejana.	V	X
	F	
17. Para evaluar la audición se recomienda realizar <i>la prueba de la voz susurrada o del susurro</i> , es fácil de realizar, la sensibilidad y especificidad varía de 70-100%	V	X
	F	
18. No es necesario descartar causas concomitantes de incontinencia urinaria aguda (<4 semanas) que puedan tratarse como: infección de vías urinarias, diabetes descontrolada, impactación fecal, atrofia vaginal, delirium, polifarmacia.	V	
	F	X
19. Para el tratamiento inicial de la incontinencia urinaria es suficiente la información que refiera el paciente sin necesidad de estudios invasivos.	V	X
	F	
20. Si el paciente responde al tratamiento inicial y se puede clasificar el tipo de incontinencia urinaria (de urgencia, de esfuerzo o mixta) es necesario referir al paciente al especialista.	V	
	F	X

Parte 3. Conocimientos sobre la evaluación mental y psicoafectiva del adulto mayor.		
21. Los componentes de la valoración mental y psicoafectiva del adulto mayor son: evaluación de depresión, delirium, trastornos del sueño y deterioro cognitivo	V	X
	F	
22. El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias, etcétera), aunque el más común es la pérdida de la memoria	V	X
	F	
23. En personas con más de 8 años de escolaridad el Examen Minimental de Folstein establece como deterioro cognoscitivo moderado < 14 puntos y <8 puntos deterioro severo	V	
	F	X
24. Se recomienda que al detectar algún trastorno de sueño se indiquen medidas de higiene del sueño y terapia de relajación como medida inicial.	V	X
	F	
25. Se recomienda utilizar benzodicepinas de vida media larga y solo si lo requiere, iniciando con dosis altas de por vida.	V	
	F	X
26. Se recomienda investigar y ajustar en lo posible los fármacos que puedan afectar el sueño como: fluoxetina, diuréticos, teofilina, salbutamol, estimulantes del SNC, anticolinérgicos, cafeína, alcohol, antipsicóticos, corticosteroides, entre otros.	V	X
	F	
27. La escala de depresión geriátrica (GDS) se considera positiva para depresión cuando: <input type="checkbox"/> GDS 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas. <input type="checkbox"/> GDS 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas. <input type="checkbox"/> GDS 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas	V	X
	F	
28. Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea $\geq 6/15$ puntos	V	X
	F	
29. La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto agudo al miocardio o sepsis.	V	X
	F	
30. Al detectar delirium en el anciano hospitalizado, se recomienda BUSCAR intencionadamente las causas precipitantes más comunes para el desarrollo de delirium para su manejo integral.	V	X
	F	
Parte 4. Conocimientos sobre la evaluación funcional del paciente geriátrico.		
31. Los componentes de la valoración funcional del adulto mayor son: actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, pero no el riesgo de caídas y úlceras por presión	V	X
	F	
32. La pérdida de la funcionalidad puede ser un indicador de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. También es un	V	X
	F	

indicador de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida		
33. Se debe valorar la funcionalidad del paciente para las ABVD con la escala de Katz y detectar si la pérdida es aguda o crónica	V	X
	F	
34. La escala de Lawton-Brody es el único instrumento que existen para la evaluación de la capacidad para actividades instrumentales de vida diaria.	V	
	F	X
35. Cuando se detecte limitación para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un paciente hospitalizado, se debe iniciar un programa de rehabilitación y tratar las causas desencadenantes (infecciones, deterioro cognitivo, caídas/fracturas, desnutrición, etcétera) y continuar la rehabilitación a su egreso	V	X
	F	
36. La evaluación del riesgo de caídas es fundamental en el paciente geriátrico y todo adulto mayor debe ser valorado considerando los factores de riesgo que presenta para caídas	V	X
	F	
37. El paciente con síndrome de caídas se debe incorporar a un programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio, por lo que deberá ser referido al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	V	X
	F	
38. La presencia de síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de una pregunta específica: <i>¿Se ha caído en los últimos 6 meses?</i>	V	X
	F	
39. Las úlceras por presión son una consecuencia del síndrome de inmovilidad aguda y/o crónica. Las condiciones médicas más frecuentes que favorecen la inmovilidad son: el evento cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, fractura de cadera y neumonía.	V	X
	F	
40. No se recomienda implementar un programa de erradicación de úlceras por presión, solo en caso que exista voluntad del médico, enfermera, trabajadora social y cuidador primario.	V	
	F	X

Parte 5. Conocimiento sobre la evaluación sociofamiliar		
41. La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar.	V	X
	F	
42. La evaluación del funcionamiento social no sirve para identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.	V	
	F	X
43. El contexto de la evaluación de la función sociofamiliar permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo.	V	X
	F	
	V	X

44. Tener un apoyo social disponible se asocia con una mejor autopercepción del estado de salud del paciente geriátrico.	F	
45. La utilidad de la evaluación del apoyo social, sólo es saber si el adulto mayor vive sólo o acompañado.	V	X
	F	
46. El riesgo de institucionalización es particularmente alto inmediatamente después de la muerte del cónyuge, lo que demuestra la importancia de la pérdida del apoyo social	V	
	F	X
47. Al detectar alguna alteración en la función socio familiar, no se debe profundizar en otros instrumentos específicos como el de carga cuidador de Zarit	V	
	F	X
48. Al detectar alguna alteración en la función socio familiar si se debe profundizar en otros instrumentos específicos como el instrumento de valoración de recursos sociales	V	X
	F	
49. La valoración sociofamiliar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la continuidad de la atención.	V	X
	F	
50. El médico es el responsable de la valoración sociofamiliar del adulto mayor	V	
	F	X
Parte 6. Conocimiento sobre clasificación o escalas de la enfermedad.		
51. Los criterios de Beers son útiles para identificar el riesgo de reacciones adversas a medicamentos	V	
	F	X
52. El examen minimal de Folstein es una prueba para tamizaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.	V	X
	F	
53. Practicar algún ejercicio relajante como el yoga o tai-chi, natación, etc., platicar los problemas con la persona indicada y evitar ir a dormir con pensamientos sobre problemas sin resolver, son medidas de higiene del sueño.	V	X
	F	
54. Para inducir el sueño naturalmente se puede disminuir la intensidad de la luz, apagar la televisión, bañarse con agua tibia y utilizar técnicas de relajación	V	X
	F	
55. Un puntaje de 12 en la escala de depresión de Yesavage es indicativo de ausencia de depresión	V	
	F	X
56. Un puntaje de 2 en la escala de depresión de Yesavage es indicativo de depresión severa	V	
	F	X
57. El método para la evaluación de confusión (CAM) evalúa el comienzo agudo y curso fluctuante, alteraciones de la atención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterada.	V	X
	F	

58. El índice de Katz permite evaluar el riesgo de úlceras por presión y evalúa la continencia, la alimentación del paciente, entre otros.	V	
	F	X
59. La escala de Lawton y Brody evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar la casa, lavar ropa, la capacidad para usar medios de transporte, para responsabilizarse de la medicación y manejar los asuntos económicos.	V	X
	F	
60. Un puntaje 19 puntos o más en la escala de Braden se asocia con riesgo alto de úlceras por presión.	V	
	F	X

Pregunta final

¿Cuál de las siguientes opciones considera es el problema para no realizar la VGI?

- a) Falta de tiempo.
- b) Falta de Capacitación.
- c) No se debe realizar en primer contacto.
- d) Contar con consultorio gerontológico en 1er nivel.