



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

*"AUTOMEDICACIÓN Y SUS DESENLACES EN PERSONAS MAYORES  
ATENDIDAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO"*

M.P.S.S LUIS RODRIGO RANGEL TAPIA

MATRICULA: 2163082480

ASESOR

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO 32356

AGOSTO 2023.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	2
CAPÍTULO I: AUTOMEDICACIÓN Y SUS DESENLACES EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO. ....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Justificación .....	3
1.3 Marco teórico .....	4
1.4 Objetivo general .....	7
1.5 Objetivos específicos .....	7
1.6 Hipótesis .....	7
1.7 Metodología .....	8
1.7.1 Tipo de estudio .....	8
1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión .....	8
1.7.3 Variables .....	8
1.7.4 Definición operacional .....	9
1.7.5 Material y métodos .....	10
1.7.6. Consideraciones éticas .....	13
1.8 Resultados: cuadros y gráficas .....	14
1.8.1. Descripción de la muestra. ....	14
1.9 Análisis de resultados .....	17
1.10 Conclusiones de la investigación .....	24
1.11 Bibliografía .....	25
CAPITULO II: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL .....	27
2.1 En relación a su formación como persona .....	27
2.2. En relación a su formación profesional .....	28
2.3. En relación a su aportación a la comunidad .....	30
2.4. En relación con su institución educativa .....	31
III. ANEXOS .....	32
Cuestionario 1. Automedicación y sus desenlaces en personas mayores atendidas en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México. ....	32
Cuestionario 2. Valoración Geriátrica Integral .....	34
Cuestionario 3. HLS-EU-Q16 .....	36
Cuestionario 3. SAHLSA-50 .....	39
Cuestionario 4. ICAM-Q .....	43
Cuestionario 5. CIRS-G .....	45

# **CAPÍTULO I: AUTOMEDICACIÓN Y SUS DESENLACES EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.**

## **1.1 Planteamiento del problema**

La automedicación se define como “el uso de cualquier medicamento sin la prescripción de un profesional de la salud con licencia”. El aumento en la automedicación que ha habido en estos últimos años se ha vuelto un problema sanitario de importante interés y que se ha atribuido a diversos factores socioeconómicos, culturales, de educación, deficiencias del sistema de salud, la alfabetización en salud y a determinantes sociales de la salud. Además, se ha asociado a desenlaces adversos y mayores costos, sin embargo en Latinoamérica hay poca información al respecto y específicamente en México es casi nula la información especialmente en adultos mayores, por lo que resulta de mucho interés explorar más a fondo este importante problema sanitario, dejándonos la siguiente incógnita: ¿Qué asociación existe entre la automedicación y el grado de alfabetización en salud en adultos mayores de un hospital de referencia de la Ciudad de México?

## **1.2 Justificación**

Debido a que en México la automedicación ha aumentado en las últimas décadas, según datos de la propia Secretaría de Salud, nos resulta de suma importancia ya que los factores de riesgo para la automedicación, incluyen el amplio acceso a los medicamentos. El objetivo de este estudio es buscar la asociación entre variables sociales y culturales de los adultos mayores, con la automedicación, con especial interés en la alfabetización en salud. Así como el impacto de esta en las variables estudiadas dentro de la valoración geriátrica. La extensión general de los problemas derivados de la automedicación en la población es difícil de cuantificar, en parte debido al hecho de que no hay una monitorización estricta de las compras de productos “*over the counter*” y “*off label*”, y del uso de ellos, es decir no es del conocimiento médico cuántos pacientes han usado incorrectamente estos productos. La investigación continua ha demostrado que los pacientes no reportan la automedicación al personal médico y que estos a su vez no preguntan acerca de ello. Esto puede provocar iatrogenias, incluso llevar al efecto “cascada de prescripción”, que es cuando un síntoma ocasionado por un fármaco es tratado con otro fármaco en lugar de retirar el primero que dio origen al malestar (Montastruc J. et al., 2016).

Sin embargo, existe poca investigación con respecto a la prevalencia de la automedicación en población de adultos mayores mexicanos, al igual que de los factores de riesgo mayormente asociados y los desenlaces en su uso. Debido a lo anterior, es necesario realizar más investigación en cuanto a la auto

prescripción en el grupo de los adultos mayores, indagar más en cuanto a la frecuencia de esta actividad, los factores asociados a su uso; por ello en este proyecto nos proponemos estudiar las características de aquellos adultos mayores de la consulta de Geriátrica que se automedican y que variables se encuentran asociados, tomando en cuenta que al realizar dicho estudio en un centro de referencia de tercer nivel de la Ciudad de México podríamos abarcar una población representativa para futuras referencias.

### 1.3 Marco teórico

Primeramente, en 2021 el INEGI publicó un comunicado de prensa, en el que declaró que en el año previo la población de personas mayores de 60 años representaba el 12% de la población total, lo cual se había duplicado en los últimos 30 años; sin embargo, este porcentaje se prevé que aumentará para el 2030 hasta ser de un 34% y se incrementará exponencialmente hacia el 2050 (INEGI, 2021). El cambio en la proporción de personas mayores es resultado de un marcado incremento en la esperanza de vida, con disminución en la tasa de natalidad; esto explica la mayor proporción de personas mayores en la población.

Un aspecto importante médico que distingue a la población de adultos mayores es la alta tasa de prevalencia de múltiples enfermedades crónicas. Dado que el riesgo de desarrollar múltiples enfermedades aumenta progresivamente con la edad, es esperado el aumento de la prevalencia y la gravedad de las comorbilidades. Se estima que al menos 80% de las personas mayores de 65 años sufren de una enfermedad y 50% sufren de al menos dos (Salive M., 2013). En relación con el aumento de comorbilidades, se encuentra la prescripción de medicamentos en las personas mayores. Los problemas asociados con la medicación son comunes, ya que el uso de múltiples medicamentos aumenta el riesgo de interacciones y efectos adversos asociados. La alteración en la farmacocinética y farmacodinámica en las personas mayores contribuye a estas complicaciones, y es una causa común de hospitalización y morbilidad en este grupo de personas, es por ello que es de nuestro interés el abordar a la población de adultos mayores para fines de este estudio.

En cuanto a la automedicación, la definición más comúnmente encontrada la define como *“el uso de cualquier medicamento sin la prescripción de un profesional de la salud con licencia”*. Sin embargo, se han propuesto otras como: *“el acto, por parte de un individuo, de consumir un medicamento o fármaco, por su propia iniciativa, sin consultar a un médico para el caso de que se trate, ya sea que el fármaco esté ya en su posesión o que la haya obtenido para ese propósito”*, *“el tratamiento de una patología real o imaginaria con fármacos elegidos sin consejo médico”* (Bennadi D., 2013)(Batty G. et al., 1997). Esta se encuentra englobada junto con el tratamiento no farmacológico, el soporte social y los cuidados generales del día a día, dentro del autocuidado, definido por la Organización Mundial de la Salud como uno de los recursos principales de la salud pública y del sistema de salud. E implica el uso de

medicamentos por parte del consumidor para tratar trastornos o síntomas reconocidos por él mismo; o el uso intermitente o continuo de un medicamento recetado por un médico para enfermedades o síntomas crónicos o recurrentes (OMS, 2001).

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el autocuidado de la salud es un recurso importante de la atención médica, en el que se incluyen cuidados que no tengan que ver con fármacos, estilos de vida saludables, apoyo social en la enfermedad y manejo incipiente de molestias superficiales con automedicación (Lifshitz A. et al., 2020).

Dentro de un marco legal y para propósitos de su comercialización, la autoridad sanitaria clasifica a los medicamentos en seis grupos (artículo 226 de la Ley General de Salud):

- I. Los que solo pueden adquirirse con receta y permiso especial.
- II. Los que se retiene la receta por la farmacia.
- III. Los que se puede surtir la receta hasta en tres ocasiones.
- IV. Los que requieren receta, pero esta se puede resurtir.
- V. Los que no requieren receta, pero se venden solo en farmacias.
- VI. Los que no requieren receta y se pueden expender en establecimientos que no sean farmacias.

Entonces la automedicación se refiere al uso de medicamentos de los grupos V y VI sin necesidad de prescripción o recomendación por parte del médico tratante, mientras que la autoprescripción se refiere al uso de medicamentos de los grupos I, II III y IV (Lifshitz A. et al., 2020).

Por lo tanto, la automedicación es el uso de medicamentos autorizados para emplearse sin prescripción y la autoprescripción implica una violación de la ley y exponerse a un claro riesgo por la naturaleza de los productos que se emplean. Los medicamentos de los grupos V y VI se denominan como de “venta libre”, “libre acceso” o productos OTC (over the counter), y estos deben cumplir con ciertas características para cumplir todos los lineamientos de la ley federal de salud (Tabla 1). (Lifshitz A. et al., 2020).

**Tabla 1** Características de los medicamentos de venta libre

De la indicación	– Para padecimientos comunes.
	– Principalmente autolimitados.
	– Para alivio sintomático.
	– Autodiagnóstico sencillo.
	– Automedicación fácil.
	– Autoevaluación de la respuesta terapéutica clara y sencilla.
Del medicamento	– Seguro (toxicidad baja, reacciones adversas leves y poco frecuentes, interacción nula o mínima con otros medicamentos, no causan dependencia, abuso o uso ilícito; han estado en el mercado por lo menos cinco años y los reportes de farmacovigilancia son favorables).
	– Altamente eficaz (relación beneficio/riesgo muy favorable).
	– Vía de administración oral o tópica.
	– Se excluyen las presentaciones inyectables y los antibióticos sistémicos.

Información para el usuario – Fácil de entender.

---

– Contenido: forma de uso, dosis, efectos secundarios, contraindicaciones, precauciones

---

– Leyenda de precaución: "Si persisten las molestias consulte a su médico".

---

*Tomado de Lifshitz A. et al., 2020.*

Ahora bien, los medicamentos que deberían venderse solo con receta como lo son los grupos I a IV, no deben tener en los envases ni en las etiquetas información para su empleo, pues se considera que los médicos los prescriben.

En cuanto a la idea de que las personas pueden automedicarse para síntomas menores no es compartida por todos los especialistas de la salud, la postura del médico, sustentada en el principio de beneficencia, se opone en muchos de ellos a la automedicación.

Actualmente se reconoce el derecho del paciente a participar en las decisiones que le conciernen y no solo a actuar como obediente procesador de órdenes. Bajo esta perspectiva, se conceden al paciente prerrogativas de utilizar medicamentos de venta libre, identificar la necesidad de solicitar atención, ya sea urgente, telefónica o programada; seleccionar la atención que le conviene (incluyendo medicinas alternativas) y, dentro de lo posible, elegir al médico que lo atienda; aceptar o rechazar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y, en su caso, colaborar para su realización; adherirse al tratamiento aceptado; acechar la aparición de efectos adversos, reportarlos y vigilar la evolución de la enfermedad.

La responsabilidad de los médicos y las autoridades sanitarias no puede eludirse, pero los pacientes tienen que asumir la propia en la conservación de la salud y la atención de las enfermedades; en última instancia, el paciente es el principal responsable. La automedicación no excluye la participación del médico, pero la aplaza cuando no es necesaria; esta pudiera ser una desventaja puesto que en los padecimientos evolutivos se puede perder un tiempo valioso de intervención oportuna. En estos casos, el médico puede fungir como asesor y educador del automedicante (Lifshitz A. et al., 2020).

Para lograr lo anterior es necesario entender las mejoras en el conocimiento general de las personas, el nivel de educación, la alfabetización en salud y el estatus socioeconómico que en muchos países forman una base razonable para una automedicación exitosa (Hughes C. et al., 2001).

Para el uso un producto sin receta de forma segura y eficaz, el consumidor debe tener un reconocimiento preciso de los síntomas, establecer objetivos terapéuticos, seleccionar un producto, determinar la dosis y un programa de dosificación adecuado, teniendo en cuenta el historial médico, las contraindicaciones, las enfermedades concomitantes y los medicamentos concurrentes, y el seguimiento de la respuesta al tratamiento y de posibles efectos adversos, sin embargo en la población general suele haber poco conocimiento acerca de ello. Lo que pone en riesgo potencial a la población que se automedica (Pagan J. et al., 2006)(Lei X. et al., 2018).

Se ha evidenciado que los riesgos que resultan de la automedicación son principalmente por su uso inapropiado. La literatura está llena de ejemplos que remarcan los problemas que conlleva la automedicación. Ejemplos de los riesgos asociados al uso indiscriminado de medicamentos son: la creación de tolerancia cruzada , reacciones de hipersensibilidad, el tratamiento sintomático de una condición grave que no se trata a tiempo , las interacciones graves con otros medicamentos, la resistencia microbiológica por el uso inapropiado de antibióticos, el retraso en el tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal ; de igual forma hay un incremento descrito en el riesgo de intoxicación, de acuerdo a la literatura, los medicamentos son responsables del 26% de las intoxicaciones. En el escenario de las personas mayores, la polifarmacia es uno de los principales riesgos causados por la automedicación (Montastric J. et al., 2016)(Balbuena I. et al., 2009).

#### 1.4 Objetivo general

- ❖ Describir la asociación entre el bajo grado de alfabetización en salud y la automedicación en adultos mayores.

#### 1.5 Objetivos específicos

- ❖ Explorar si existe una asociación entre la presencia de las siguientes variables: recursos económicos, uso de medicina alternativa, confianza en los servicios médicos y sintomatología no controlada con la automedicación en adultos mayores.
- ❖ Explorar si existe asociación entre las variables incluidas en la valoración geriátrica (funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria, funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria, presencia de cuidador, estado físico, estado nutricional, comorbilidades, estado de ánimo y estado cognitivo) y la automedicación en los adultos mayores.

#### 1.6 Hipótesis

- ❖ H1: Aquellas personas con menor grado de alfabetización en salud se automedican más comúnmente que aquellas con mayor grado de alfabetización en salud.
- ❖ HN: Aquellas personas con menor grado de alfabetización en salud no se automedican más comúnmente que aquellas con mayor grado de alfabetización en salud.

## 1.7 Metodología

### 1.7.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio transversal observacional de adultos mayores que acudan a las distintas consultas de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. A los posibles participantes se les explicará el estudio y se les invitará a participar, en aquellos interesados se obtendrá el consentimiento informado.

### 1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión

Se ha reportado en la literatura, una diferencia de 10 a 15 puntos en escalas de alfabetización en salud entre la gente que se automedica y la que no. Considerando una diferencia de 15 puntos se calculó una muestra de 70 sujetos por grupo (nivel de confianza 95%, poder 80%)

#### - **Criterios de inclusión:**

- 1.- Adultos de 65 años y más que acudan a consulta de geriatría en el INCMNSZ
- 2.- Pacientes hayan otorgado el consentimiento informado.

#### - **Criterios de exclusión:**

- 1.- Que el paciente o su acompañante a la consulta sean incapaces de contestar los cuestionarios.

### 1.7.3 Variables

- **Automedicación:** se preguntará a la persona si en los últimos seis meses ha tomado algún medicamento o fármaco sin indicación médica. Se utilizará como dicotómica cualitativa.
- **Alfabetización en salud:** se utilizará el cuestionario SAHLSA-50, en el que una puntuación entre 0 y 37 sugiere que el examinado tiene AS inadecuada. Se utilizará como cualitativa dicotómica-
- **Alfabetización en salud funcional:** se utilizará el cuestionario **HLS-EU-Q16**, considerando nivel inadecuado o problemático a una puntuación entre 0 y 12, y nivel suficiente a una puntuación entre 13 y 16. Se utilizará como cualitativa dicotómica.

Otras variables:

- **Calificación global de la atención:** Para medirla se usará un ítem de la encuesta *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*, se interroga de la siguiente manera: "Queremos saber cómo calificaría toda su atención médica (de parte de todos los médicos y otros trabajadores de atención médica del hospital) en los últimos 12 meses. Utilice cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención médica posible y 10 es la mejor atención médica posible. Se usará como continua discreta.

- **Síntoma no resuelto:** Se usará la *Escala Evaluación de Síntomas (SAS)*, para cada síntoma interrogado según lo escrito previamente. Se considerará como síntoma no resuelto a aquellos con 6 o más puntos. La variable se usará como cualitativa dicotómica.
- **Uso de herbolaria y medicina complementaria:** Se evalúa con el cuestionario I-GAM-Q. Cualquier respuesta positiva considerará al participante como usuario de medicina complementaria. Se usará como cualitativa dicotómica.
- **Sociodemográficas:** Se investigarán el sexo (hombre, mujer), edad (en años), escolaridad (años de educación finalizados), estado civil (soltero, unión libre, casado, viudo, divorciado), nivel socioeconómico registrado en el expediente electrónico y ocupación (con trabajo/sin trabajo). Además, se investigará la existencia o no de un cuidador primario y su identidad (con parentesco vs sin parentesco).
- **Comorbilidad:** Se revisarán los diagnósticos con que cuente el participante en el expediente electrónico y se realizará una cuenta de comorbilidad. Se utiliza como una variable cuantitativa
- **Funcionalidad:** Se registrará la funcionalidad de los sujetos utilizando instrumentos de la valoración geriátrica. Para la funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria se utilizará el índice de Katz, una puntuación menor o igual a 5 puntos indica discapacidad. Para la funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria se utilizará el índice de Lawton-Brody, una puntuación menor a 8 en mujeres y menor a 5 en hombres se considerará como discapacidad. Para la movilidad/funcionalidad física, se usarán Nagi y Rosow-Breslau, en ambas escalas la pérdida de un punto se considera como discapacidad para la movilidad. Se utilizará la puntuación total como variable cuantitativa y según las definiciones mencionadas, como cualitativas.
- **Fragilidad:** Se registrará la clasificación de fragilidad según FRAIL (Robusto, pre-frágil o frágil; cualitativa ordinal) y según las categorías del CFS (1 a 9, donde mientras más alta la clasificación, mayor grado de fragilidad; cuantitativa)

#### 1.7.4 Definición operacional

A las personas que acepten participar se les preguntará de manera directa si se han automedicado en los últimos 6 meses, además se obtendrán sus datos demográficos y se aplicarán los siguientes cuestionarios: SAHLSA y HLS-Q16 sobre alfabetización en salud, SAS para presencia de síntomas, *abbreviated measures to assess patient trust in a physician* para confianza en el médico y I-CAM-Q sobre el uso de medicina alternativa. Se buscará que haya un lugar privado para contestar los cuestionarios (consultorio o sala de juntas del servicio de geriatría) y el participante puede estar acompañado por un familiar si así lo desea. Cabe mencionar que, si el semáforo epidemiológico no se encuentra en verde, la aplicación de los cuestionarios se acordará a realizar por vía telefónica o videollamada, según convenga al participante. En caso de que el paciente requiera asistencia o apoyo (por ejemplo, por déficit

visual o auditivo) se insistirá en que sea acompañado y ayudado por un familiar. Se prevé que la duración de la aplicación de cuestionarios sea de 30 minutos aproximadamente.

Posteriormente un miembro del equipo de investigación revisará el expediente electrónico para obtener los datos de las variables geriátricas (funcionalidad, estado físico, estado nutricional, estado de ánimo, estado cognitivo y presencia de cuidador primario) que son habitualmente interrogadas durante la consulta de Geriatria. Los datos se registrarán en medios electrónicos y serán almacenados en una cuenta segura cifrada, codificada y protegida por una contraseña que será cambiada periódicamente, a la cual solo tendrán acceso los investigadores del estudio.

### 1.7.5 *Material y métodos*

A continuación, se describen las distintas escalas que se utilizarán para evaluar a los pacientes, así como una breve descripción de su interpretación:

- **Valoración corta de la alfabetización en salud de adultos en español** (*SAHLSA-50, por sus siglas en inglés*): es una herramienta validada de evaluación de conocimientos sobre salud que contiene 50 elementos diseñados para evaluar la capacidad de un adulto hispanohablante para leer y comprender términos médicos comunes. El SAHLSA se basó en las Estimaciones Rápidas de Alfabetización de Adultos en Medicina (REALM), conocida como la herramienta más fácil de administrar para evaluar la alfabetización en salud en inglés. Consiste en mostrar 3 palabras al participante, se pide que lea la primera en voz en alta y posteriormente se pide que identifique de las dos restantes cuál es la más similar a la que leyó. Se le pide que en caso de no reconocer ninguna como similar, que diga "No sé". La respuesta correcta para cada elemento de la prueba se determina mediante la pronunciación correcta y la asociación precisa. Cada respuesta correcta obtiene un punto. Una vez que se completa la prueba, el entrevistador debe contar los puntos totales para generar la puntuación SAHLSA-50. Una puntuación entre 0 y 37 sugiere que el examinado tiene AS inadecuada. En su estudio de validación, la puntuación SAHLSA-50 se asoció significativa y positivamente con el estado AS de sujetos hispanohablantes ( $p < .05$ ), manteniendo constante la edad y los años de educación. El instrumento mostró buena confiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,92) y confiabilidad test-retest ( $r$  de Pearson = 0,86)(Lee s. et al., 2006).
- **Cuestionario corto de alfabetización en salud de la encuesta europea de salud** (*HLS-EU-Q16, por sus siglas en inglés*): es un cuestionario para medir la alfabetización funcional en salud de sujetos de habla hispana, consta de 16 preguntas que clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado al respecto de tareas o situaciones asociadas al acceso a servicios de salud en muy fácil, fácil, difícil, muy difícil o no sabe/no contesta. Las respuestas muy difícil y difícil corresponden a 0 puntos, mientras que fácil y muy fácil a 1. La puntuación de cada sujeto se obtiene como la suma de las puntuaciones de los 16 ítems, considerando nivel inadecuado o problemático a una

puntuación entre 0 y 12, y nivel suficiente a una puntuación entre 13 y 16. En su estudio original, el CCI para el test-retest fue de 0,923 (IC95%: 0,865-0,957), superior al recomendable de 0,7515. El porcentaje de concordancia para la alfabetización en salud fue del 93,3% (IC95%: 86,6-100,0), con kappa de 0,814. La fiabilidad puede considerarse buena. En 2016 se realizó una validación transcultural en población mexicana mediante un panel integrado por un maestro en Ciencias de la Educación, un maestro en Psicología, un médico y un licenciado en lingüística, quienes realizaron mínimas adaptaciones en el lenguaje para facilitar su comprensión en la población mexicana (Nolasco A. et al., 2020)(Sorensen K. et al., 2012).

- **Calificación global de la atención:** Para medirla se usará un ítem de la encuesta Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, se interroga de la siguiente manera: “Queremos saber cómo calificaría toda su atención médica (de parte de todos los médicos y otros trabajadores de atención médica del hospital) en los últimos 12 meses. Utilice cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención médica posible y 10 es la mejor atención médica posible. ¿Cómo calificaría toda su atención médica? Esta pregunta es parte de una encuesta mayor, desarrollada mediante entrevistas cognitivas, para medir la satisfacción de los usuarios. Fue diseñada para poder ser aplicada en cualquier institución que preste atención de salud(Chang J. et al., 2006).
- **Escala Evaluación de Síntomas (SAS):** la Escala de Evaluación de Síntomas (SAS) comprende los siguientes siete elementos: dolor, insomnio, náuseas, problemas intestinales, problemas de apetito, problemas respiratorios y fatiga. Los pacientes califican el grado de angustia asociado con el síntoma usando una escala de calificación verbal tipo Likert de 0 a 10, donde cero significa que no se experimenta ningún síntoma de angustia, "1" es la mínima angustia de los síntomas y "10" es el peor síntoma posible angustia. El marco de tiempo para calificar los síntomas es en las últimas 24 horas. Los médicos pueden agregar otros síntomas experimentados por cada paciente según corresponda. El instrumento está estructurado para permitir que el paciente, el familiar o la enfermera evalúen los síntomas(Aoun S. et al., 2011).
- **Cuestionario internacional sobre el uso de medicina complementaria y alternativa (I-GAM-Q por sus siglas en inglés):** es un compuesto por 4 secciones principales, la primera incluye asistencia a valoración por alguna persona del sistema de salud, la segunda acerca de prescripción de medicina complementaria por parte de médicos, la tercer sobre el uso de medicina herbolaria o suplementos alimenticios y la cuarta corresponde a prácticas extras realizadas. El propósito es evaluar cada uno de los rubros con respecto a la práctica de estos en los últimos 12 meses y exponer el número de veces que se ha aplicado en el mismo tiempo, respondiente sí o no de acuerdo a si han realizado las prácticas, incluyendo preguntas abiertas en caso de haber realizado otras prácticas no especificadas en la pregunta y calificando de forma cualitativa cada una. También busca obtener información si los tratamientos fueron usados para condiciones agudas, crónicas o

por otra razón; e indicar si fue exitoso el tratamiento. El cuestionario puede requerir o no la administración por parte de un entrevistador dependiendo del grado de alfabetización de los pacientes(Quant S. et al., 2009).

- **Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria:** El índice de Katz es la escala más utilizada para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Consiste en 6 ítems en los que el sujeto contesta si puede o no realizar de manera independiente las siguientes actividades: Bañarse, vestirse, realizar transferencias, usar el sanitario, mantener la continencia y alimentarse. Se desarrolló en los 50's y desde entonces ha demostrado utilidad en la evaluación de la funcionalidad de los adultos mayores. Aunque no existen reportes formales sobre su validez, es la escala más ampliamente utilizada en la literatura geriátrica (Katz S. et al., 1963).
- **Escala Lawton-Brody:** es un cuestionario de 8 ítems sobre la capacidad del individuo de llevar a cabo actividades que le permitan tener una vida independiente (uso de teléfono, realizar compras, cocinar, limpieza del hogar, lavandería, transporte, toma de medicamentos, finanzas). A mayor puntuación mejor funcionalidad. La validez interobservador del índice de Lawton es de 0.85. Su validez se estudió al correlacionarse con 4 escalas de funcionalidad previamente validadas que valoraban el estado físico, orientación y memoria, adaptación social y de comportamiento y capacidades físicas para el autocuidado. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. El índice de Lawton ha sido ampliamente utilizado en distintos contextos sociales y clínicos, además ha sido traducido a múltiples idiomas(Lawton S. & Brody D., 1969).
- **Escala Rosow-Breslau de salud funcional:** la cual valora si el sujeto puede o no realizar tres actividades relacionadas a movilidad: caminar media milla (4 cuadras), subir un piso de escaleras y realizar trabajo pesado(Rosow I. & Breslau N., 1966).
- **Índice de Nagi de discapacidad física del individuo:** la cual consiste en 4 ítems que preguntan si el individuo puede o no realizar las siguientes actividades: agacharse, utilizar objetos pequeños, levantar los brazos por encima de la cabeza, cargar un objeto de 5 kg y mover un objeto como una silla(Nagi I, 1976).
- **Fragilidad por Escala clínica de fragilidad (CFS, clinical frailty scale):** La CFS es una escala inclusiva de 9 puntos que se desarrolló originalmente para resumir el nivel general de aptitud física o fragilidad de un adulto mayor después de haber sido evaluado por un profesional de la salud. La escala se puntúa de modo que puntuaciones más altas signifiquen un mayor riesgo. Se califica basándose en el estado basal del individuo (cómo se encontraba 2 semanas antes de la evaluación). Para su calificación se utiliza un árbol de decisión como el descrito por los autores y utiliza las puntuaciones de las escalas de funcionalidad en actividades básicas e instrumentadas, el número de comorbilidades del sujeto, la presencia de fatiga y la autopercepción de salud. El

sujeto es clasificado de la siguiente manera: 1-Muy robusto (very fit), 2-Robusto (fit), 3-Desempeño adecuado (managing well), 4-Viviendo con fragilidad muy leve (living with very mild frailty), 5-Viviendo con fragilidad leve (living with mild frailty), 6-Viviendo con fragilidad moderada (living with moderate frailty), 7-Viviendo con fragilidad grave (living with severe frailty), 8-Viviendo con fragilidad muy grave (living with very severe frailty), 9-Enfermo terminal. Si se utiliza el árbol de decisión, el acuerdo interobservador es bueno (CCI = 0,833)(Rockwood K. et al., 2020).

Se ha reportado en la literatura, una diferencia de 10 a 15 puntos en escalas de alfabetización en salud entre la gente que se automedica y la que no. Considerando una diferencia de 15 puntos se calculó una muestra de 70 sujetos por grupo (nivel de confianza 95%, poder 80%). Se buscará reclutar un 10% extra por grupo en caso de eliminación o pacientes que decidan retirarse del estudio.

Se revisará la agenda de las consultas mencionadas para identificar a los posibles participantes. Se les contactará previo a su consulta y se les invitará a participar. Si aceptan, se obtendrá el consentimiento informado y se aplicarán los cuestionarios mencionados en la sección correspondiente, esto idealmente posterior a su consulta habitual. Si el participante así lo desea, se programará la aplicación de cuestionario para el momento que mejor le convenga. Los datos clínicos se obtendrán del expediente electrónico. Los datos obtenidos se almacenarán en una base de datos digital protegida por contraseña (en la aplicación en línea Google forms), solo los investigadores tendrán acceso.

#### 1.7.6. Consideraciones éticas.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y quedó registrado con el código GER-3929-24-23-3. La información que se obtuvo durante el desarrollo del análisis será utilizada única y exclusivamente con fines académicos y de investigación. Se siguió la normativa vigente para garantizar la protección de datos personales (los cuales están des identificados, sin algún dato que pudiera permitir la identificación de las personas). En todo momento se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los participantes, respetando los principios bioéticos. La dignidad y los derechos de los participantes están respaldados y protegidos por cartas de consentimiento informado, siguiendo las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. El presente trabajo se considera una investigación de riesgo mínimo según la Ley General de Salud, dado que se trata de un estudio sin intervenciones. El presente estudio no generó costos para los participantes.

## 1.8 Resultados: cuadros y gráficas

### 1.8.1. Descripción de la muestra.

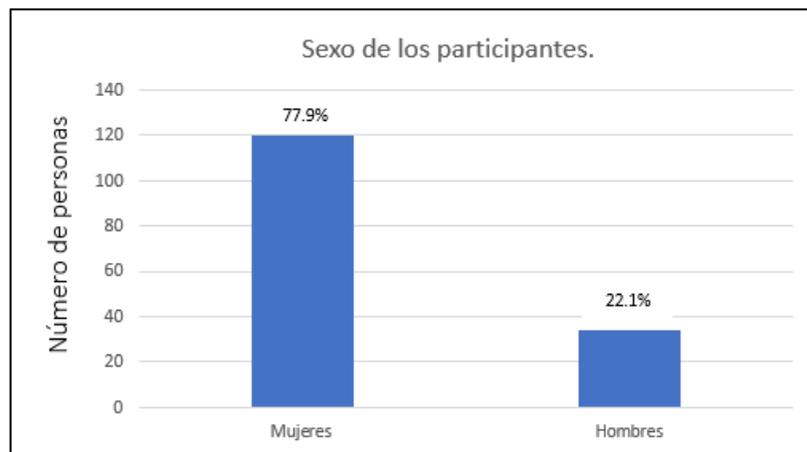
Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$N = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * 2 * \alpha^2 / d^2$$

Dónde  $Z_{\alpha/2}$  es el valor crítico de la distribución normal en  $\alpha/2$  (por ejemplo, para un nivel de confianza del 95%,  $\alpha$  es 0,05 y el valor crítico es 1,96),  $Z_{\beta}$  es el valor crítico de la distribución normal en  $\beta$  (por ejemplo, para una potencia de 80 %,  $\beta$  es 0,2 y el valor crítico es 0,84),  $\alpha^2$  es la varianza de la población y  $d$  es la diferencia que nos gustaría detectar.

Lo que nos arrojó una muestra de 80 individuos que se dividirían en 2 grupos de estudio, el grupo 1 quedaría compuesto por 40 individuos que no se automedicaran y el grupo 2 quedaría compuesto por 40 individuos que sí se automedicaran.

Después del reclutamiento de pacientes se incluyeron 156 pacientes dentro del estudio, de los cuales la mediana de la edad es de 80 años con rango de (65 años a 92 años), de los cuales el 77.9% fueron mujeres y el 22.1% fueron hombres.

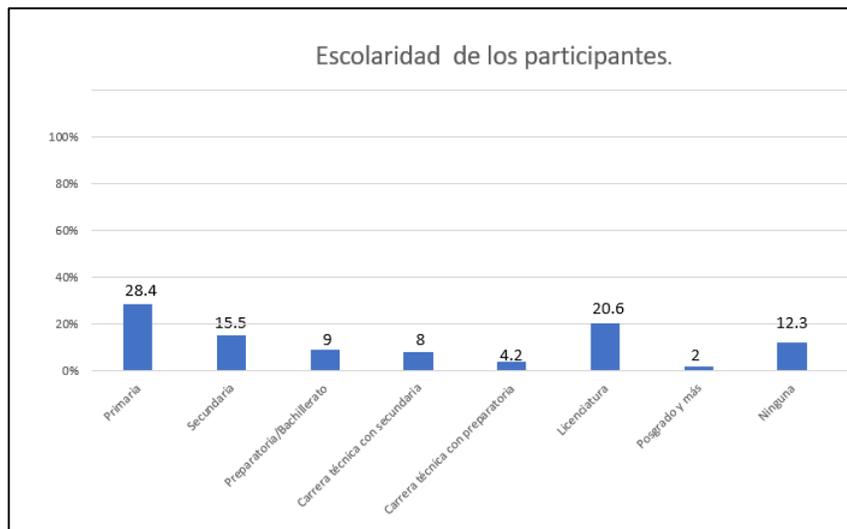


Grafica 1. Sexo de la población entrevistada.

Dentro de otros parámetros, el estado civil más predominante es “viudo(a)” con un 47.7% del total, seguido por “casado(a)” con un 40% y soltero con un 9.7% del total.

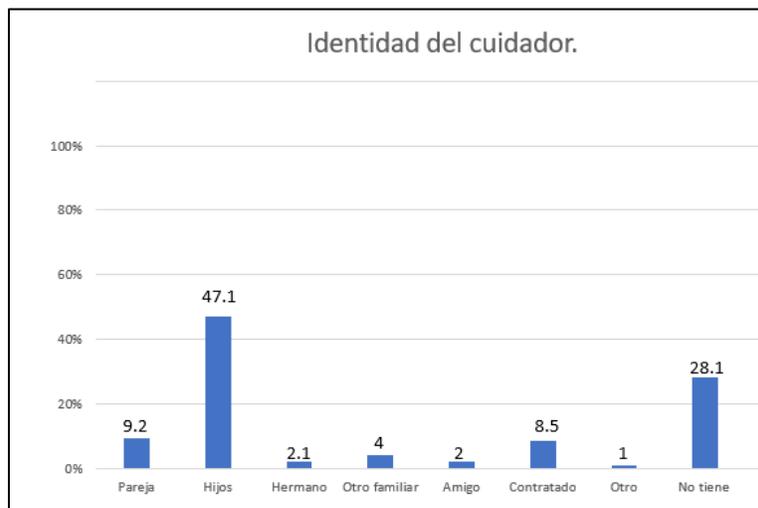
Otro parámetro relativamente importante es la ocupación, la cual está bastante homogénea, ya que el 52% se dedica al hogar, mientras que el 38% no tiene ninguna ocupación y/o se encuentran

pensionados. Además, uno de los más importantes para fines de esta investigación es la escolaridad, la cual se muestra más a detalle en la *gráfica 2*.



*Gráfica 2.- Escolaridad de la población entrevistada.*

En cuanto a si el adulto mayor cuenta con un cuidador o no, el 72.3% respondió que sí, frente al 27.7% que respondió que no, en cuanto a la identidad del cuidador, la distribución se describe más a fondo en la *gráfica 3*.



*Gráfica 3.- Identidad del cuidador del entrevistado*

La que se consideraría la pregunta más importante del estudio sería si en los últimos 6 meses se ha automedicado o no, para la cual tenemos un 52% que respondió que no frente al 48% que respondió que sí.

En cuanto a el porqué de la automedicación, dentro de las respuestas más populares fueron “por recomendación de algún conocido o familiar”, “para aliviar síntomas” y “para aliviar su salud”.

Posteriormente se les realizaron los 3 distintos cuestionarios que vienen en el anexo 1, que serían el SAHLSA-50, HSL-EU-Q y el CIRCS-G, y los resultados fueron los siguientes:

- ❖ Para el SAHLSA-50 podemos ver que los resultados se ubican entre la puntuación 40 y 48, siendo la más frecuente la de 40 (22%), seguida de 45(15%) y 46(10%). Véase el gráfico 4

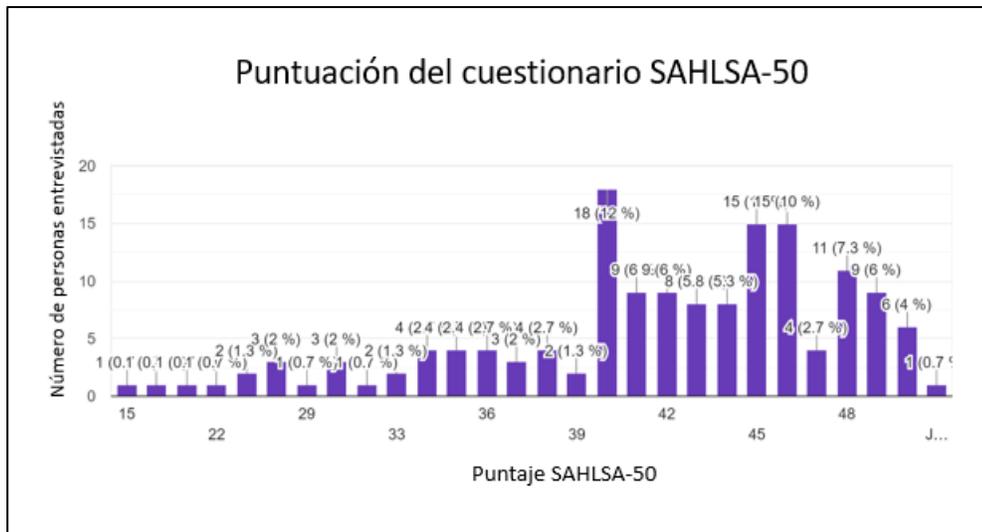


Gráfico 4.- Puntuación del SAHLSA-50

- ❖ Para el HSL-EU-Q16, vemos que hay una distribución más heterogénea de la muestra, teniendo como más frecuentes las puntuaciones de 26(17.1%), 24(15.8%) y 22(14.5%). Véase la gráfica 5.

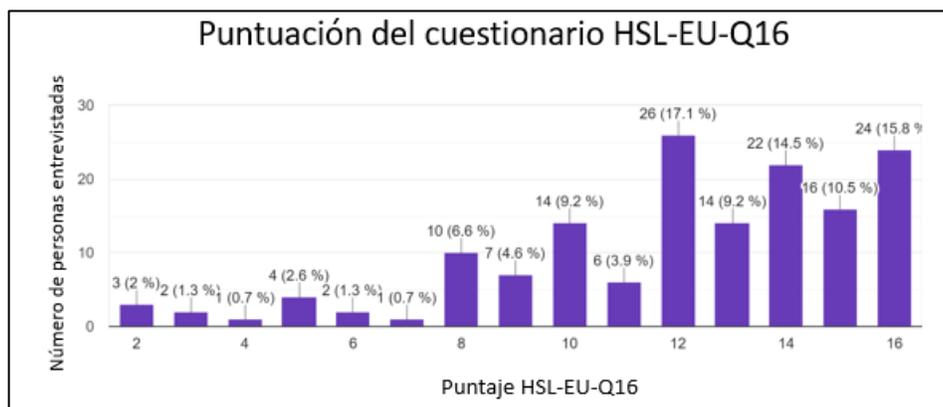


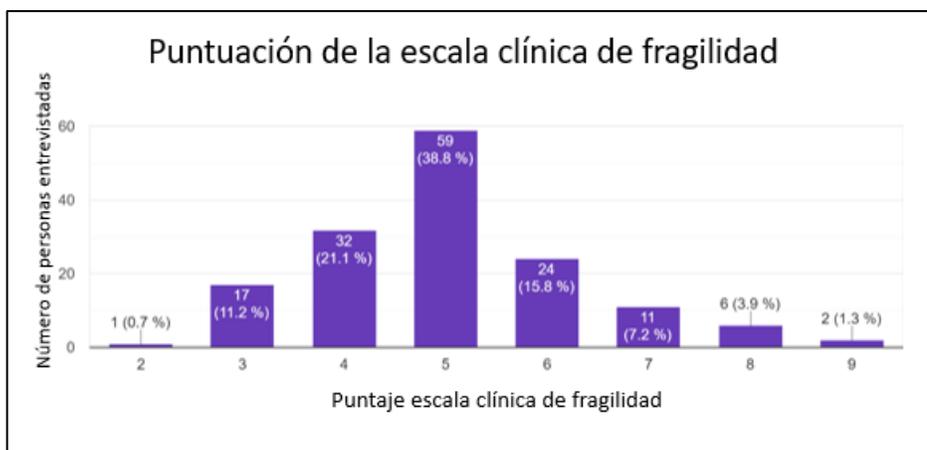
Gráfico 5.- Puntuación HSL-EU-Q16

- ❖ En cuanto al CIRCS-G la puntuación es totalmente objetiva, ya que, al ser una calculadora de riesgo, depende de las características de cada paciente y de sus comorbilidades. Véase la gráfica 6.



Gráfica 6.- Puntuación CIRS-G

Ahora bien, en cuanto a los valores de la valoración geriátrica integral son objetivamente diferentes, dependiendo de las características de cada individuo y de sus comorbilidades, dando que cada uno de los sujetos de estudio sea completamente diferente y resultaría poco objetivo poner cada una, sin embargo, algo que cabe recalcar sería la distribución de la escala clínica de fragilidad, como se puede observar en la gráfica 6, la mayoría de los pacientes se encuentran en el número 5 (38.8%), seguido del 4(21,1%) y el 6(15.8%). Véase la gráfica 7.



Gráfica 7.- Escala clínica de fragilidad.

### 1.9 Análisis de resultados

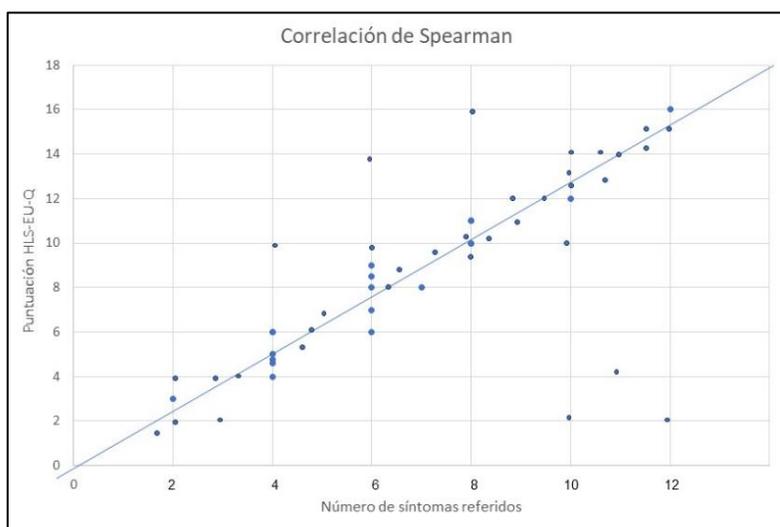
Una vez que se realizaron los procedimientos pertinentes para realizar la validación transcultural inicial, es decir, se llevó a cabo un pilotaje en 10 individuos, teniendo los resultados esperados y no hubo problemas al realizar esta prueba.

### 1.9.1 Análisis estadístico

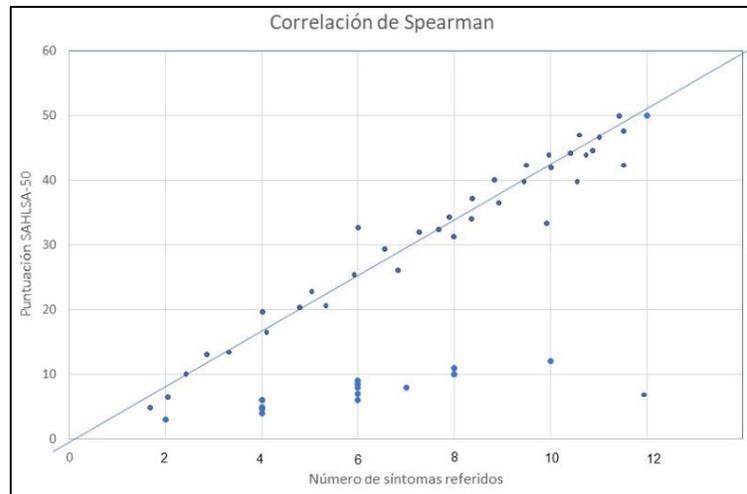
Para la descripción de la muestra se utilizó estadística descriptiva (mediana, rango para medidas continuas, proporción para variables categóricas), la cual ya se ha abordado en el apartado anterior.

La puntuación total de los cuestionarios tanto HLS-EU-Q y SAHLSA-50 se utilizaron como variables continuas, a mayor puntuación mejor manejo de la información en salud y a mayor puntuación mayor alfabetización en salud respectivamente.

Para comparar las puntuaciones mencionadas anteriormente con variables continuas como lo fueron los síntomas y los datos obtenidos de la valoración geriátrica integral se utilizó la correlación de Spearman, para variables dicotómicas se utilizó U de Mann-Whitney, para la comparación de variables categóricas y ordinales de más de dos categorías se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Para comparar la puntuación de los distintos parámetros de la valoración geriátrica integral con las demás variables continuas se utilizó correlación de Spearman, para la comparación de medias se utilizó U de Mann-Whitney, para la comparación de variables categóricas y ordinales se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. A continuación, se muestran las gráficas de las correlaciones a fin de ilustrar cómo se comporta la distribución de la muestra que se recabo con los pacientes. Véase gráficas 7 y 8.



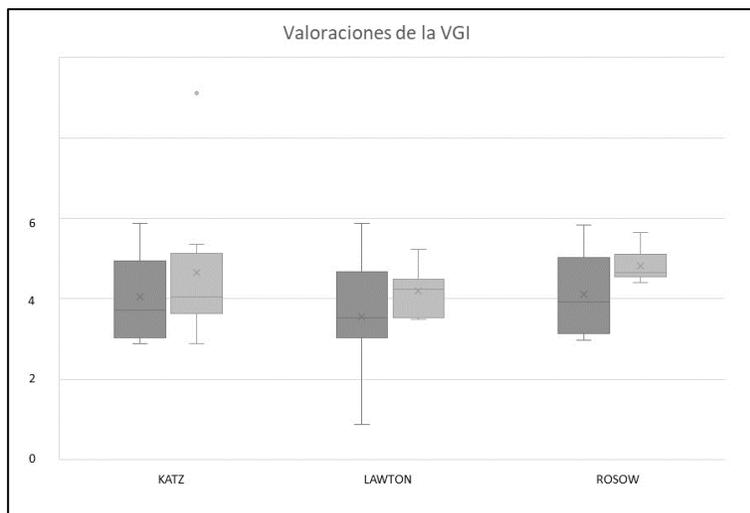
Gráfica 7. Correlación entre la puntuación HLS-EU-Q y síntomas



Gráfica 8. Correlación entre puntuación de SAHLSA-50 y síntomas

Para desarrollar un modelo explicativo de las asociaciones encontradas, se construyeron modelos de regresión lineal múltiple tanto para el HLS-EU-Q y para SAHLSA-50, así como para la suma de los valores de la valoración geriátrica integral. Véase la gráfica 9.

Para analizar los síntomas referidos por los pacientes se utilizó la estadística descriptiva (mediana) y posteriormente se realizó un análisis bivariado con pruebas no paramétricas (con variables continuas se utilizó correlación de Spearman, para variables dicotómicas se utilizó U de Mann-Whitney, para la comparación de variables categóricas y ordinales de más de dos categorías se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis).



Gráfica 9. U de Mann-Whitney para los valores dicotómicos de la valoración geriátrica.

### 1.9.2.- Análisis de los resultados

En primera instancia, se analizaron los recursos principales de los cuales recabaríamos la respuesta a nuestro objetivo principal, que serían el cuestionario HLS-EU-Q y el SAHLSA-50, que nos aportarían cuál es el manejo de la información en salud por parte de los pacientes y la alfabetización en la misma respectivamente.

Por lo que, al momento de comparar las variables se encontraron relaciones significativas con varias de ellas, es decir un valor de P estadísticamente relevante entre mayor fuera la puntuación obtenida del SAHLSA-50 y las siguientes variables:

- ❖ Puntuación del HLS-EU-Q ( $p=0.025$ )
- ❖ Grado de escolaridad ( $p < 0.01$ )
- ❖ Cuidador principal ( $p=0.01$ )
- ❖ Puntuación del CIRS-G ( $p < 0.01$ ),
- ❖ Nivel socioeconómico según el sistema del instituto ( $p < 0.01$ )
- ❖ Puntuación del índice clínico de fragilidad ( $p < 0.01$ ).

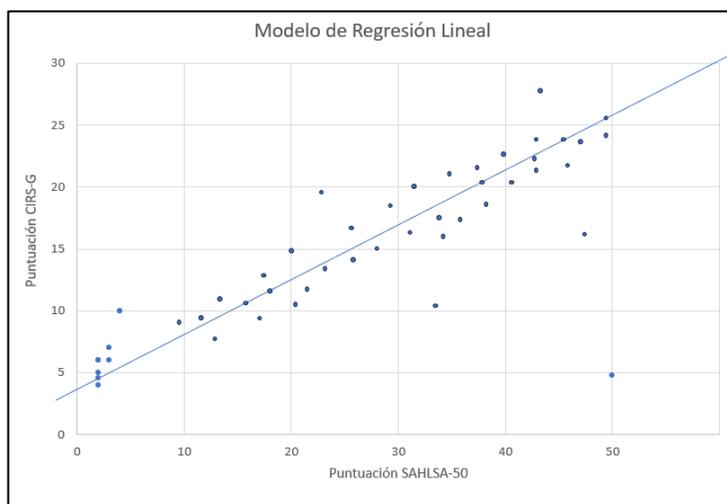
Para fines de esta investigación se tomó el valor de P como estadísticamente relevante si era  $< 0.05$ , por lo que no se encontró una relación significativa con el resto de las variables como lo son el sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico ni puntuación de la calidad de la atención. Véase la tabla 2.

Variable	Valor de P	Estadístico de prueba
Edad en años	0.31	$r_s=0.09$
Sexo	0.48	$U=84$
Estado civil	0.74	$U=1.34$
Nivel socioeconómico (según el sistema)	$< 0.01$	$R_s=0.01$
Grado de escolaridad	$< 0.01$	$X^2=2.26$
Cuidador principal	0.01	$U=28$
Puntuación SAHLSA-50	$< 0.01$	$R_s=0.24$
Puntuación HLS-EU-Q	0.025	$R_s=0.76$
Puntuación de la calidad de la atención		$R_s=0.45$
Puntuación del índice clínico de fragilidad	$< 0.01$	$R_s=0.21$
Puntuación CIRS-G	$< 0.01$	$R_s=0.15$

Tabla 2. Variables del estudio. Donde:  $R_s$ : coeficiente de correlación,  $X^2$ :  $\chi^2$ ,  $U$  de Mann-Whitney.

Para poder analizar las variables no categóricas se utilizaron modelos de regresión lineal univariados, para cubrir las variables aleatorias y que no dependan de otras que nos arrojen las entrevistas como lo son las distintas mediciones de la valoración geriátrica integral, como lo son la escala de Katz, la escala de Lawton, la escala de Rosow-Breslau y la escala de Nagi.

La finalidad de estos modelos de regresión es mostrar las relaciones entre los resultados de las valoraciones geriátricas integrales y sus distintos elementos evaluados, es decir, que se encontró que tener algún tipo de restricción para la movilidad, alguna discapacidad documentada, deterioro de la funcionalidad y un mayor número de comorbilidades (>3) no se asociaron con una disminución en la puntuación de los cuestionarios SAHLSA-50 y HLS-EU-Q, lo que significa que tendría una mayor relación con el grado de escolaridad, la relación con su cuidador/familia, la puntuación del CIRS-G y el nivel socioeconómico; llevándonos a que mientras más bajo sea el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico según el sistema del instituto, menor es el puntaje en los cuestionarios SAHLSA-50 y HLS-EU-Q, lo que traduce en una menor alfabetización en salud, y por ende una mayor automedicación. Véase la gráfica 10.



Gráfica 10. Correlación entre la puntuación del CIRS-G y la puntuación del SAHLSA-50

Sin embargo, el análisis por regresión multivariado encontró que el grupo que sí se automedicó no influye ninguna de estas variables a la hora de decidir con qué automedicarse, ya que se obtuvieron respuestas muy heterogéneas que van desde herbolaria, fármacos, suplementos alimenticios hasta buscar a proveedores de servicios que no cuentan con algún respaldo de carácter académico. Véase tabla 3.

Variable	Unidad de medida	Coeficiente		P
<b>Escala de Katz</b>	0=Totalmente independiente, 1= Dependiente en una o más	B= -16.73	Error estándar = 3.04	0.06
<b>Escala de Lawton</b>	0= Independencia total, 1= Dependiente en una o más	B= -1.73	Error estándar = 1.34	0.05
<b>Escala de Rosow-Breslau</b>	0= Sin limitaciones de movilidad, 1= Con limitaciones en la movilidad	B= -24.73	Error estándar = 2.99	0.07
<b>Escala de Nagi</b>	0= Sin discapacidad, 1= Con algún tipo de discapacidad	B= 6.73	Error estándar = 1.23	0.12

*Tabla 3. Regresión lineal múltiple*

### 1.9.3.- Discusión

El objetivo principal de este estudio era ver la relación entre la automedicación en personas mayores y el grado de alfabetización en salud, y ver de qué manera podrían influir en sus posibles desenlaces, así como ver qué características propias de cada paciente podrían influir de cierta manera en la automedicación.

Como ya se ha abordado anteriormente, la alfabetización en salud se ha estudiado muy poco en cuanto a su relación con la decisión de automedicarse o no. Existen estudios como el grado de alfabetización y su adherencia al tratamiento farmacológico en poblaciones extranjeras (*Figueroa et. al., 2020*)(*Schönfeld et. al., 2021*), alfabetización en salud y adherencia al tratamiento farmacológico en enfermedades concretas como hipertensión (*Delavar et.al, 2020*) o enfermedades psiquiátricas (*Yagaku et.al, 2021*), alfabetización en salud en personas mayores y su relación con los derechos humanos (*Martínez, 2021*) o alfabetización en salud y salud percibida (*González et.al, 2021*), sin embargo, no existe alguna investigación como tal con la que podamos comparar los resultados de esta investigación.

Lo más equiparable es el estudio alfabetización electrónica en salud y resultados relacionados con la salud entre adultos mayores, una revisión sistemática realizada por Xie y colaboradores realizada en 2022 (*Xie et.al., 2022*), sin embargo no realizan mediciones en pacientes, utilizan bases de datos europeas y la evidencia de alfabetización en salud de los pacientes proviene de un software llamado eHealth, el cual fue desarrollado en el 2018 y que consta de 2 cuestionarios totalmente diferentes a los que se aplicaron en esta investigación.

Como se menciona en los apartados anteriores la investigación surgió de la creciente automedicación que ha habido en la población mexicana y como el instituto recibe pacientes de distintos estados y

distinta gravedad en cuanto a comorbilidades, se podría obtener una muestra heterogénea que se pudiera comparar con alguna otra en México.

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el 43% de los pacientes entrevistados decidió automedicarse en un lapso no mayor a 6 meses anterior a la aplicación de la entrevista, lo que demuestra un alarmante número de automedicación en los pacientes que vienen a este instituto, además de que la automedicación en un 35% no fue con fármacos aprobados por la FDA, por lo que sus efectos a largo plazo en pacientes mayores y con características similares a las de nuestros pacientes, no han sido investigados por lo que no se conoce sus efectos de los mismos en la salud de nuestros pacientes, así como el efecto en sus comorbilidades o en sus desenlaces a largo plazo.

Otro punto importante analizar es que una de las respuestas más populares a sobre el porqué de la automedicación fue “para aliviar síntomas”, por lo que podemos afirmar que hay síntomas en concreto que las consultas con geriatría o con otros servicios de este instituto no están aliviando y que en cierta forma están orillando a los pacientes a buscar alternativas para mitigar dichos síntomas, podemos afirmar esto ya que todos los pacientes incluidos en el estudio, son pacientes subsecuentes, es decir, ya cuentan con un expediente y con varias consultas otorgadas en este instituto, por lo que podría ser un gran hallazgo de esta investigación.

Dentro de los síntomas más importantes que refirieron los pacientes en la entrevista están: insomnio (34.4%), problemas de apetito (48.1%), náusea (60.6%), problemas intestinales (diarrea o estreñimiento)(25%), fatiga (37.3%), problemas respiratorios (15.7%), dolor de cualquier índole (74.5%), queja de memoria (35.2%), xerostomía (20.3%), xeroftalmia (15.2%) y resequedad en piel (21.2%), esto reflejando los síntomas no resueltos y que por estos mismos serían la causa de que los pacientes busquen una solución y se automediquen con cualquiera de las opciones ya mencionadas anteriormente. De igual manera un 15% decidió acudir a distintos lugares de medicina alternativa y que muchos de estos no cuentan con un respaldo académico de alto valor y alguna regulación por la COFEPRIS (COFEPRIS,2023), por lo que los efectos de dichas terapias a largo plazo en pacientes mayores con las características de la población estudiada se desconocen.

Otro punto clave de esta investigación fueron los resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos correspondientes que ya se mencionaron en apartados anteriores, rescatando una de las ideas más importantes fue que mientras mayor sea el nivel académico de las personas mayores y el nivel socioeconómico, mayor es el porcentaje de automedicación, lo que sería el objetivo principal de esta investigación.

También se encontró que mientras más sea la alfabetización en salud, menor es el porcentaje de pacientes que decide automedicarse.

Por lo que resulta algo imperativo el instar a que los médicos tratantes creamos más conciencia y que la alfabetización en salud sea parte de la promoción a la salud que realizamos todos los médicos para poder comenzar a disminuir el porcentaje de automedicación en nuestro país.

## 1.10 Conclusiones de la investigación

Después de lo abordado anteriormente se puede concluir lo siguiente de la población estudiada:

- ❖ En esta muestra de personas mayores la prevalencia de la automedicación es del 43%.
- ❖ Las razones más prevalentes por las cuales decidieron automedicarse fueron por recomendaciones de sus familiares o conocidos y para aliviar síntomas en concreto.
- ❖ De la porción de la muestra que decidió automedicarse en los últimos 6 meses el 35% lo hizo con medicamentos no regulados por la FDA, ya sea herbolarios, naturistas o suplementos alimenticios; mientras que el 15% decidieron acudir con una persona que no cuenta con respaldo académico de alto valor ya sea quiropráctico, acupunturista o sobador.
- ❖ El análisis de regresión multivariado encontró que mientras mayor sea el nivel académico de las personas mayores y el nivel socioeconómico, mayor es el porcentaje de automedicación.
- ❖ El análisis de regresión lineal multivariado no encontró relación alguna entre las variables de la valoración geriátrica integral y la alfabetización en salud, así como en la prevalencia de automedicación.
- ❖ El análisis de regresión multivariado encontró que una menor alfabetización en salud, es decir, un menor puntaje en el SAHLSA-50 y en el HLS-EU-Q aumenta la prevalencia de automedicación en personas mayores.
- ❖ El análisis de regresión multivariado encontró que un mayor puntaje en el CIRS-G, es decir un mayor riesgo en la evaluación de comorbilidades aumenta la prevalencia de automedicación en las personas mayores.
- ❖ El promedio de calificación de la atención brindada por el personal del Instituto es de 9 (en escala de 10), lo que traduce a una buena/excelente atención.

Teniendo en cuenta las siguientes conclusiones resultaría interesante expandir este estudio a otras poblaciones de pacientes distintas a las que son referenciadas a este instituto para poder tener una mezcla más homogénea, así como incluir un mayor número de pacientes para tener así un referente de más peso para la población mexicana.

## 1.11 Bibliografía

1. Aoun SM, Monterosso L, Kristjanson LJ, McConigley R. (2011). Measuring symptom distress in palliative care: psychometric properties of the Symptom Assessment Scale (SAS). *J Palliat Med.* 14(3):315-21.
2. Balbuena FR, Aranda AB, Figueras A. (2009). Self-medication in older urban mexicans : an observational, descriptive, cross-sectional study. *Drugs Aging.* 26(1):51-60.
3. Batty GM, Osborne CA, Swift CG, Jackson SH. (1997). The use of over-the-counter medication by elderly medical in-patients. *Postgrad Med J.* 73(865):720-2.
4. Bennadi D. (2013). Self-medication: A current challenge. *J Basic Clin Pharm.* 5(1):19-23.
5. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, et al. (2006). Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med.* 144(9):665-72.
6. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 103(2):336-342. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.028. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31451361.
7. Figueroa Saavedra, Carla Soledad, Otzen Hernández, Tamara Francisca, Figueroa Delgado, Viviana, Sanhueza, Patricio, & Candia, Jeremy. (2020). Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Revista médica de Chile,* 148(5), 653-656.
8. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. (2008). *Am J Nurs.* 108(4):52-62.
9. Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug Saf.* 24(14):1027-37.
10. INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. México. Comunicado de prensa NÚM. 547/21.
11. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living.(1983). *J Am Geriatr Soc.* 31(12):721-7.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. (1963). STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. Pp 185:914-9.
13. Lara Fernández, Gloria Esther, Castillo Lara, Gloria Esther, Loaces Padrón, Rocio Anel, Rodríguez Crespo, Ingrid, Peña De los Santos, Gabriel Andres, & Obregón Echevarría, Raúl. (2021). Automedicación en pacientes mayores de 60 con enfermedades neurológicas. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 37(3), e1425.
14. Lawton MP, Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 9(3):179-86.
15. Lee SY, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. (2006) Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res.* 41(4 Pt 1):1392-412.
16. Lei X, Jiang H, Liu C, Ferrier A, Mugavin J. (2018). Self-Medication Practice and Associated Factors among Residents in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health.* 15(1).

17. Lifshitz, Alberto, Arrieta, Oscar, Burgos, Rubén, Campillo, Carlos, Celis, Miguel Á., Llata, Manuel de la, Domínguez, Judith, Halabe, José, Islas, Sergio, Jasso, Luis, Moreno, Mucio, Plancarte, Ricardo, Reyes-Sánchez, Alejandro, Ruiz-Argüelles, Guillermo, Soda, Antonio, Verástegui, Emma, & Sotelo, Julio. (2020). Automedicación y autoprescripción. *Gaceta médica de México*, 156(6), 612-614
18. Montastruc JL, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. (2016). Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. *Therapie*. 71(2):257-62.
19. Nagi SZ. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 54(4):439-67.
20. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlas M, Más R, Tuells J, et al. (2020). Health literacy: psychometric behaviour of the HLS-EU-Q16 questionnaire. *Gac Sanit*. 34(4):399-402.
21. Organization WHO. (2000). Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication.p. 1 - 30.
22. Pagán JA, Ross S, Yau J, Polsky D. (2006). Self-medication and health insurance coverage in Mexico. *Health Policy*. 75(2):170-7.
23. Pazan F, Wehling M. (2012). Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *England. Eur Geriatr Med*.12(3):443-52.
24. Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, Lewith GT, Steinsbekk A, Kristoffersen AE, et al. (2009). Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med*.15(4):331-9.
25. Rockwood K, Theou O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J*. 23(3):210-5.
26. Rosow I, Breslau N. (1966). A Guttman health scale for the aged. *J Gerontol*. 21(4):556-9.
27. Saito M. (2021). Mejora de la adherencia a la medicación en psiquiatría y alfabetización en salud mental. *Yakugaku Zasshi*. 2021;141(4):541-555. Japonés. doi: 10.1248/yakushi.20-00218. PMID: 33790121.
28. Sala González, M., Guilabert Mora, M. y Carrillo Murcia, I. (2020) .Alfabetización en Salud y Salud Percibida Health literacy and Perceived health. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*. 8, 1.
29. Salive ME.(2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. Cuba. 35:75-83.
30. Schönfeld MS, Pfisterer-Heise S, Bergelt C. (2021). Alfabetización sanitaria autoinformada y adherencia a la medicación en adultos mayores: una revisión sistemática. *Abierto BMJ*. 16 de diciembre de 2021; 11 (12): e056307. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056307. PMID: 34916329; PMCID: PMC8679075.
31. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.12:80.
32. Theou O, Pérez-Zepeda MU, van der Valk AM, Searle SD, Howlett SE, Rockwood K. (2021). A classification tree to assist with routine scoring of the Clinical Frailty Scale. *Age Ageing*.
33. Xie L, Zhang S, Xin M, Zhu M, Lu W, Mo PK. (2022). Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review. *Prev Med*. 157:106997. doi: 10.1016/j.ypmed.2022.106997.

## **CAPITULO II: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

### **2.1 En relación a su formación como persona**

Para comenzar el haber realizado mi servicio social en este instituto fue algo que sinceramente no me esperaba y que me resultó de una manera muy fructífera en distintos aspectos, primeramente, en cuanto a mi formación personal puedo decir que fue en la que más me aportó, ya que, de primera instancia me puso retos a los que yo no me había enfrentado antes, tanto a nivel académico como a nivel social.

Tuve trato con diferentes personalidades a lo largo de estos últimos 12 meses, tanto personal del hospital como pacientes, logrando cambiar un poco mi perspectiva en diferentes aspectos.

Como la mayor parte del tiempo estuve tratando con pacientes geriátricos, me di cuenta que son pacientes más accesibles que los de otras edades, además de que son más agradecidos y tienen la necesidad efímera de platicarte sus experiencias de vida que, aunque no lo parezca en algún momento pueden resultar muy útiles en especial a la hora de tomar decisiones.

Logré darme cuenta que la mayor parte de mi vida había sido una persona “viejista”; término del cual desconocía de su significado hasta que entré a este servicio, lo cual no me hace sentir orgulloso ya que creo que es un problema muy importante en nuestra sociedad y del cual deberíamos deslindarnos, así como del machismo, homofobia, etc.

También logré cambiar mi perspectiva de la vida y de qué es lo que realmente importa, ya que todas estas experiencias que me contaban los pacientes y que yo mismo me daba cuenta al leer sus expedientes me marcaron de cierta forma, pues la vejez supone un reto para todos y muchas veces la estigmatizamos demasiado y creo que es porque realmente no la entendemos como tal, no sabemos lo que implica y no se nos prepara para ello, porque el tema no es solo fisiológico sino también psicosocial y que implica tantas ramas de la medicina que me hizo valorar tanto la geriatría.

Claramente hay un antes y después de realizar mi servicio aquí, lo que más me llevo es la empatía y tolerancia que obligadamente se debe de tener con los adultos mayores porque tienen necesidades diferentes y que muchas veces las pasamos por alto o las subestimamos y que para ellos son realmente importantes, también me llevo como aprendizaje el gran problema que tiene la sociedad para lograr llegar a tener un envejecimiento exitoso y que es de vital importancia ya que como se ha mencionado en múltiples ocasiones la pirámide poblacional se está invirtiendo y en algún momento vamos a llegar a esa edad, a tener esas necesidades y a pertenecer a esa población que se encuentra en riesgo.

Aprendí mucho el trato con pacientes y con sus familiares, a ver a los pacientes como personas, que son un mundo y que tienen problemas diferentes y que como se nos enseñó durante la carrera, que tenemos que tratar al paciente como un todo; por el contrario en el internado debido a la alta demanda

de actividades y el intenso flujo de pacientes no lograba o al menos me costaba mucho ver al paciente como persona, lo veía como una cama o un número y el trato que le dan a los pacientes en este instituto es tan atento y tan humano que logro cambiarme como persona y darme esa calidez que me faltaba al tratar no solo a los pacientes sino a las demás personas, familiares y amigos.

Durante este tiempo también aprendí a ser resiliente y más tolerante, ya que, al tratar con los pacientes, pude enterarme de las difíciles situaciones de las personas que tienen que enfrentar para poder venir a consulta porque no son de aquí o que viven con alguna discapacidad o enfermedad degenerativa y aun así no se dan por vencidos ni se conforman por lo que eso me motivo a querer seguir adelante y vivir muchos años más.

De igual manera sentí más apego hacia mis compañeros y mis maestros, porque a pesar de sonar exagerado la convivencia aquí fue muy buena y placentera, y eso mismo hacía que tanto el trabajo como las relaciones fueran más llevaderas, todo sobre la base de respeto y empatía.

Por lo que me llevo mucho de esta experiencia que me hizo crecer en varios aspectos y que me llevo recuerdos muy gratos de mi estancia aquí además de muchos conocimientos que me servirán para tratar a mis pacientes con más humanidad y dignidad en mi practica como médico, el tener más tolerancia y apego a los adultos mayores que estén a cargo de mi durante el ejercicio de mi profesión como médico general.

## 2.2. En relación a su formación profesional

En cuanto a mi formación académica creo que fue la que más resultó beneficiada por mi instancia en este instituto, ya que tuve la oportunidad de asistir a la clases y talleres de nivel residente, la mayoría fueron enfocados a la geriatría y a Medicina Interna, y casualmente me resultó muy útil e interesante porque esa es la especialidad que tengo en mente que quiero realizar.

Primeramente me resultó muy demandante ya que tenía que estudiar a fondo cada tema que veíamos antes de la clase y además tratar de buscar artículos sobre lo más nuevo sobre lo mismo ya que aquí las clases son de otro nivel completamente a las que estaba acostumbrado y eso mismo era lo que me motivaba a estudiar ya que todos sabían tanto de los temas que yo también quería participar y algún día llegar a ser tanto y saber tanto como cualquier residente de aquí, y aún más al enterarme que había residentes que eran egresados de la UAM, eso me hacía sentirme aún más motivado para aspirar a hacer mi residencia en este instituto que en retrospectiva tenía un nivel académico muy superior a cualquier lugar por el que yo haya estado durante mi formación.

Además de que tuve la oportunidad de estar en distintos escenarios durante mi estancia en geriatría, estuve trabajando reclutando pacientes para los distintos proyectos de investigación de los cuales fui

parte, para los cuales tuve que aprender a realizar una valoración geriátrica completa y a utilizar varias escalas para clasificar a los pacientes, también pude ser parte del equipo móvil del servicio el cual se encarga de atender las interconsultas de los demás servicios del hospital, para esto realizan una mesa de discusión en la cual el adscrito discute con los residentes y pasantes sobre los pacientes que tienen a su cargo, desde su tratamiento, hasta que proponían para poder mejorar el manejo que se les daba a los pacientes y después de discutir cada caso proseguían a ir a ver a los pacientes hasta su cama y revisarlos cada día.

Otra de las actividades que realice fue estar en las consultas generales de geriatría y de oncogeriatría, en las cuales podía ser partícipe de ella, desde escuchar lo que interrogaban los adscritos y opinar que era lo que hacía falta, hasta poder revisar a los pacientes y realizar escalas geriátricas como el Time Up and Go, entre otras; además me realizaban interrogantes sobre los temas que surgían durante la consulta y me retroalimentaban al final de cada paciente, y en algunas estaba con los residentes que de igual manera me retroalimentaban.

Sin duda mi parte favorita era estar en el piso de hospitalización ya que ahí pasábamos visita junto con el adscrito asignado y los residentes, dónde se hace algo similar al equipo móvil, comentan cada paciente y deciden que pueden ofrecerle al estar ahí, comentan laboratorios y estudios de gabinete, procedimientos y los pendientes que tengan, después pasamos a ver a cada paciente a su cama, todo esto teniendo una duración como de 3-4 horas aproximadamente.

Además de esto las clases y las conferencias a las que pude asistir aquí en el instituto estaban a otro nivel, eran sumamente interesantes y complejas por lo que disfrutaba mucho asistir a estas, además de que varias de ellas eran en inglés por lo que era doble aprendizaje, por un lado, aprender sobre los temas médicos que exponían grandes ponentes internacionales y por otro lado reforzar mi inglés médico.

De igual manera tuve el privilegio de estar en diferentes protocolos de investigación, aunque lo que más realicé fue reclutar pacientes, también tuve la oportunidad de recibir clases de estadística de profesores que son parte del SNI, además de recibir tutorías sobre cómo construir un proyecto de investigación desde cero, de cómo redactar un artículo de investigación para publicarlo en alguna revista, de cómo se realizan las revisiones por los comités de bioética, hasta de como seguir al pie de la letra lo estipulado en el protocolo para no tener sesgos en la investigación. También tuve la oportunidad de estar en varias de las presentaciones de las tesis de los residentes de último año y de ver como se presentan y como son complementadas desde el punto de vista de los investigadores y asesores, así que por todo lo anterior que mencioné siento que esta parte fue la más beneficiada de mi estancia aquí.

### 2.3. En relación a su aportación a la comunidad

Después de reflexionar este punto me di cuenta de que, en parte si hay una aportación a mi comunidad después de haber realizado mi servicio social aquí en Nutrición.

En primer lugar, esta que, todos los conocimientos que adquirí en este año puedo aplicarlos a los pacientes geriátricos que acudan a mi consulta general, creo que la mayoría de los egresados de la UAM saben que durante nuestra formación en la universidad solamente se dedica una pequeña parte dentro del módulo 11 a la geriatría y queda claro que no es suficiente para abarcar los principales problemas de salud en el adulto mayor, además de que no tenemos práctica clínica de geriatría dentro del mismo módulo, por lo que al llegar aquí me di cuenta que nuestros conocimientos sobre la misma son deficientes y que no son suficientes ni siquiera para la consulta de medicina general.

La gran importancia de esta especialidad y de tener los conocimientos mínimos de esta resulta imperativo al ser médicos de primer contacto, independientemente de si elegimos o no realizar una especialidad, creo que la mayoría ejerceremos en algún punto un poco de medicina general y aunado a esto, el crecimiento poblacional que tiene nuestro país y la escasez de geriatras nos hace de mucha importancia el tener el compromiso de mantenernos actualizados y saber un poco de geriatría, ya que muchos de nuestros pacientes solamente van a tener acceso a nuestra consulta, esto depende claro de muchos factores, desde lo económico hasta costumbres que tiene nuestra sociedad de subestimar a la salud y de que en el momento en el que sienten un poco de bienestar, ya no acuden más al médico, entonces es por eso que necesitamos aprender más y cubrir las deficiencias que tuvimos a lo largo de la carrera, ya sea por malos docentes o por situaciones extraordinarias como la pandemia de COVID-19, por lo que adquirir estos conocimientos extras sobre la geriatría durante mi servicio social me resulto sumamente fructífero.

De esta manera siento que tengo un compromiso con mi entorno, tanto con mi comunidad como con mi círculo social de promover el cuidado al adulto mayor, desde los chequeos continuos, pruebas de tamizaje, vacunas, salud mental, etc. Por lo que ahora estoy más preparado para enfrentar estos escenarios, desde la manera en abordar a los pacientes, como de cómo manejar cierta información o de cierta manera convencerlos a que se cuiden, así como de entender un poco más sus necesidades y ser más empático.

Como fui parte de varios protocolos de investigación, tuve la oportunidad de tratar con todo tipo de pacientes desde pacientes con cáncer, supervivientes de cáncer, hospitalizados, con enfermedades crónicas, terminales, etc., por lo que mi experiencia al tratar este tipo de pacientes es mayor y que podría resultar una ventaja para mí y un aporte a la comunidad el saber cómo tratarlos sin hacerlos sentir mal o que lo que realmente les importa es menospreciado.

## 2.4. En relación con su institución educativa

Pues primeramente creo que la realización de mi servicio social aquí, junto con el excelente trabajo desempeñado por mis compañeros Alberto Ríos y Jorge Escobedo sirvió de puente para que futuras generaciones puedan realizar aquí su servicio social, ya que debido a nuestro trabajo se nos acercaron algunos otros adscritos del servicio a pedirnos ayuda para difundir la información de que estaban buscando más pasantes específicamente de la UAM, ya que según palabras de los mismos, los pasantes de la UAM tienen una disposición muy buena para cualquier actividad, además de una experiencia mayor en la investigación y un mayor compromiso para seguir mejorando, por lo que resulta más fácil para ellos el poder encaminarnos para seguir el camino de la investigación y que esa aptitud es una ventaja frente a los de las demás universidades y eso rindió frutos, ya que se abrió una plaza con un doctor distinto y una compañera de una generación de abajo pudo tomarla, ya que desafortunadamente el Dr. Juan Pablo Negrete tuvo que dejar la CDMX, por lo que ya no podrá ofertar más plazas para los pasantes de generaciones abajo, pero logramos que otro doctor reconociera el trabajo de los egresados de la UAM y así poder abrir otra plaza, al igual que la Dra. Ana Patricia Navarrete, nuestra tutora adjunta quedó muy satisfecha con nuestro desempeño durante nuestro servicio social, por lo que esperamos que de igual manera siga manteniendo esa plaza abierta para nuestros colegas de generaciones abajo.

Y creo que de esta manera es en la que puedo contribuir para mi amada institución educativa, el tener el compromiso de dejar bien representada a mi universidad en lugares de prestigio como lo es el instituto y que cada vez seamos más visibles y representativos los egresados de la UAM y que tengamos más reconocimiento e igualdad frente a otras instituciones educativas, cabe aclarar que no solo fuimos nosotros, sino que esto es algo que se viene haciendo desde años atrás, ya que el Dr. Juan Pablo Negrete Najar que era un distinguido adscrito del servicio y muy comprometido con la enseñanza hacia los residentes, era egresado de esta universidad, así como la Dra. Corina Ortega, de igual manera ya que recientemente se graduó como geriatra y que de igual manera logró abrirnos paso a las generaciones de abajo, ya que durante su estancia aquí siempre nos apoyó y alentó a ser perseverantes, a dar el ancho y dejar bien representada a nuestra universidad, por lo que espero haber podido hacer lo mismo para las generaciones que vienen debajo de mí, el poderles abrir paso justo como lo hicieron ellos, alentar a dichas generaciones y poco a poco ir aumentando el prestigio de la Licenciatura en Medicina de la UAM Xochimilco y poder estar a la par o incluso ser superiores frente a otras instituciones.

### III. ANEXOS

#### Cuestionario 1. Automedicación y sus desenlaces en personas mayores atendidas en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México.

## Automedicación y sus desenlaces en personas mayores atendidas en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México

Queremos conocer las características de las personas que deciden tomar un medicamento, vitamina o suplemento por automedicación, es decir, sin que un médico o alguien del personal de salud se los haya indicado. Las siguientes preguntas son para identificar dichas características.

La información proporcionada se utilizará únicamente para el propósito de este proyecto de investigación y su contribución es completamente anónima.

Este proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética en investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.

Esperamos que con los resultados de este proyecto, eventualmente podamos mejorar la atención que le ofrecemos en el Instituto.

Por favor conteste las siguientes preguntas.

Nombre

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Registro

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Edad

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Sexo

Hombre

Mujer

Estado civil

Soltero

Unión libre

Casado

Viudo

Divorciado / separado

Nivel socioeconómico según el sistema

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Ocupación

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Escolaridad

Primaria

Secundaria

Preparatoria/bachillerato

Carrera técnica con secundaria

Carrera técnica con preparatoria

Licenciatura

Posgrado y más

Ninguna

¿cuenta con un cuidador?

Sí

No

¿quién es su cuidador?

- Pareja
- Hijos
- Hermano
- Otro familiar
- Amigo
- Contratado
- Otro
- No tiene cuidador

¿En los últimos seis meses ha tomado algún medicamento, vitamina, suplemento o fármaco sin que un médico se lo haya indicado?

- Sí
- No

Anotar la puntuación total de SAHLSA-50 (en número)

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0mL\\_Ar8LUdlItpOceJ3GI8i9slwxR8\\_VzcMG3luaCf4ADWQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0mL_Ar8LUdlItpOceJ3GI8i9slwxR8_VzcMG3luaCf4ADWQ/viewform?usp=sf_link)

Tu respuesta

Anotar la puntuación total de HLS-EU-Q16 (en número)

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3DSMZsfDbwqwlHjpwFzajkRBk-agguKNklrPAtu7b3cWgxQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3DSMZsfDbwqwlHjpwFzajkRBk-agguKNklrPAtu7b3cWgxQ/viewform?usp=sf_link)

Tu respuesta

“Queremos saber cómo calificaría toda su atención médica (de parte de todos los médicos y otros trabajadores de atención médica del hospital) en los últimos 12 meses. Utilice cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención médica posible y 10 es la mejor atención médica posible.

¿Cómo calificaría toda su atención médica?

ANOTAR CON NÚMERO

Tu respuesta

¿Por qué decidió automedicarse? SI NO SE HA AUTOMEDICADO, ANOTAR "NO APLICA"

Tu respuesta

¿Cuál fue el fármaco, vitamina, suplemento o medicamento que utilizó/tomó sin indicación médica? Si la pregunta previa fue NO, anotar NO APLICA en esta respuesta

Tu respuesta

Si en la pregunta previa la respuesta fue un fármaco que requiera receta para su venta, preguntar ¿Cómo lo consiguió?

Si en la pregunta previa no hubo respuesta, anotar NO APLICA

Tu respuesta

#### SAS SYMPTOM ASSESSMENT SCALES

Queremos saber como se ha sentido al respecto de una serie de síntomas. Por favor conteste según lo siguiente: "1" es la mínima angustia y molestia por los síntomas y "10" es la peor molestia y angustia posible. El marco de tiempo para calificar los síntomas es en los últimos 6 meses

Insomnio

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada o mínimo           La peor molestia

Problemas del apetito

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada o mínimo           La peor molestia

Nausea

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Problemas intestinales (p ej, diarrea o estreñimiento)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada o mínimo           La peor molestia

Problemas respiratorios

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada o mínimo           La peor molestia

Fatiga

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada o mínimo           La peor molestia

Dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada o mínimo           La peor molestia

¿Ha tenido otras molestias? ANOTAR CUÁL Y LA CALIFICACIÓN

Tu respuesta \_\_\_\_\_

## Cuestionario 2. Valoración Geriátrica Integral

### FUNCIONALIDAD

Katz baño

- Sí  
 No

Katz vestido

- Sí  
 No

Katz transferencias

- Sí  
 No

Katz sanitario

- Sí  
 No

Katz continencia

- Mantiene la continencia  
 Tiene incontinencia

Katz alimentación

- Sí  
 No

Lawton teléfono

- Sí  
 No

Lawton transporte

- Sí  
 No

Lawton medicamentos

- Sí  
 No

Lawton finanzas

- Sí  
 No

Lawton compras

- Sí  
 No

Lawton cocina

- Sí  
 No

Lawton cuidados del hogar

- Sí  
 No

Lawton lavandería

- Sí  
 No

Rosow Breslau trabajo pesado

- Sí  
 No

Rosow Breslau escaleras

- Sí  
 No

Rosow Breslau caminar 4 cuadras

- Sí  
 No

Nagi agacharse

- Sí  
 No

Nagi utiliza objetos pequeños

- Sí  
 No

Nagi levantar los brazos por encima de la cabeza

- Sí  
 No

Nagi cargar un objeto de 5 kg

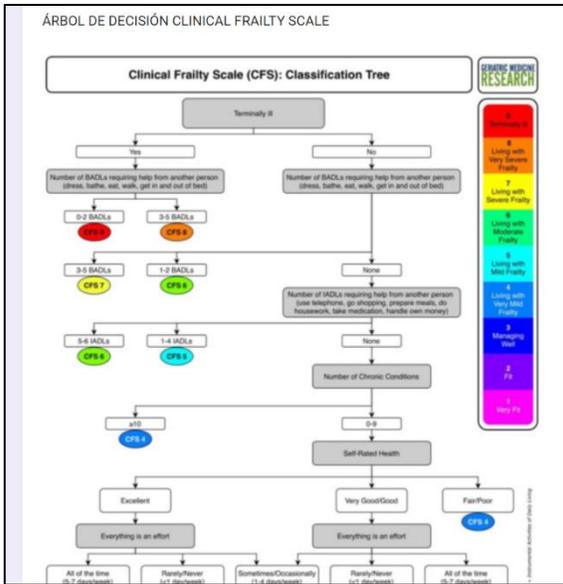
- Sí  
 No

Nagi mover un mueble

- Sí  
 No

Clinical frailty Scale según el árbol de decisión (anotar número)

Tu respuesta \_\_\_\_\_



### Cuestionario 3. HLS-EU-Q16

CIRS-G (Anotar puntaje en números)

<https://www.mdcalc.com/calc/10088/cumulative-illness-rating-scale-geriatric-cirs-g>

Tu respuesta \_\_\_\_\_

### HLS-EU-Q16

Ahora le voy a leer 16 preguntas para que indique el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes tareas o situaciones asociadas al acceso a los servicios de salud. Las opciones de respuesta serán muy fácil, fácil, difícil o muy difícil

rorriso.opotter@gmail.com [Cambiar cuenta](#)

No compartido

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Nombre

1 punto

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Registro

1 punto

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés. \* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p. ej., médico, farmacéutico o psicólogo). \* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Entender lo que le dice el médico. \* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil

Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico. \*

1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso.

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil

Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas. \*

1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico. \*

1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad. \*

1 punto

- Muy fácil
- Fácil

Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p. ej., mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Valorar si la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación es verdadera (p. ej., televisión, Internet u otros medios de información)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p. ej., periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)

\* 1 punto

Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p. ej., meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos \*

1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p. ej., Internet, periódicos, revistas)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil

Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p. ej., Internet, periódicos, revistas)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p. ej., costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc.)

\* 1 punto

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

## Cuestionario 3. SAHLSA-50

### SAHLSA-50

A continuación, exploraremos su conocimiento general en salud. Se le leerá una palabra. Posteriormente, se le leerán otras dos palabras y usted deberá elegir con cuál de las dos palabras se relaciona la primera. Si usted no sabe la respuesta, por favor diga 'no sé'.

rorriso.opotter@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



No compartido

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Nombre

1 punto

Tu respuesta

Registro

1 punto

Tu respuesta

Gripe \*

1 punto

- Sano
- Enfermo
- No sé

Avisar \*

1 punto

- Medir
- Decir
- No sé

Comidas \*

1 punto

- Cena
- Paseo
- No sé

Próstata \*

1 punto

- Glándula
- Circulación
- No sé

Empleo \*

1 punto

- Trabajo
- Educación
- No sé

Menstrual \*

1 punto

- Mensual
- Diario
- No sé

Alcoholismo \*

1 punto

- Adicción
- Recreo
- No sé

Grasa \*

1 punto

- Naranja
- Manteca
- No sé

Asma \*

1 punto

- Respirar
- Piel
- No sé

Cafeína \*

1 punto

- Energía
- Agua
- No sé

Osteoporosis \*

1 punto

- Hueso
- Músculo
- No sé

Depresión \*

1 punto

- Apetito
- Sentimientos
- No sé

Estreñimiento \*

1 punto

- Bloqueado
- Suelto
- No sé

Embarazo \*

1 punto

- Parto
- Niñez
- No sé

Incesto \*

1 punto

- Familia
- Vecinos
- No sé

Pastilla \*

1 punto

- Tableta
- Galleta
- No sé

Testículo \*

1 punto

- Óvulo
- Esperma
- No sé

Rectal \*

1 punto

- Regadera
- Inodoro
- No sé

Ojo \*

1 punto

- Oír
- Ver
- No sé

Irritación \*

1 punto

- Rígido
- Adolorido
- No sé

Abnormal \*

1 punto

- Diferente
- Similar
- No sé

**Estrés \***

1 punto

- Preocupación
- Feliz
- No sé

**Aborto espontáneo \***

1 punto

- Pérdida
- Matrimonio
- No sé

**Ictericia \***

1 punto

- Amarillo
- Blanco
- No sé

**Papanicolaou \***

1 punto

- Prueba
- Vacuna
- No sé

**Impétigo \***

1 punto

- Pelo
- Piel
- No sé

**Indicado \***

1 punto

- Instrucción
- Decisión
- No sé

**Ataque \***

1 punto

- Herida
- Sano
- No sé

**Menopausia \***

1 punto

- Señoras
- Niñas
- No sé

**Apéndice \***

1 punto

- Rascar
- Dolor
- No sé

**Comportamiento \***

1 punto

- Pensamiento
- Conducta
- No sé

**Nutrición \***

1 punto

- Saludable
- Gaseosa
- No sé

**Diabetes \***

1 punto

- Azúcar
- Sal
- No sé

Sífilis \*

1 punto

- Anticonceptivo
- Condón
- No sé

Inflamatorio \*

1 punto

- Hinchazón
- Sudor
- No sé

Hemorroides \*

1 punto

- Venas
- Corazón
- No sé

Herpes \*

1 punto

- Aire
- Sexo
- No sé

Alérgico \*

1 punto

- Resistencia
- Reacción
- No sé

Riñón \*

1 punto

- Orina
- Fiebre
- No sé

Calorías \*

1 punto

- Alimentos
- Vitaminas
- No sé

Medicamento \*

1 punto

- Instrumento
- Tratamiento
- No sé

Anemia \*

1 punto

- Sangre
- Nervio
- No sé

Intestinos \*

1 punto

- Digestión
- Sudor
- No sé

Potasio \*

1 punto

- Mineral
- Proteínas
- No sé

Colitis \*

1 punto

- Intestino
- Vejiga
- No sé

**Obesidad \*** 1 punto

Peso

Altura

No sé

---

**Hepatitis \*** 1 punto

Pulmón

Hígado

No sé

---

**Vesícula biliar \*** 1 punto

Arteria

Órgano

No sé

**Convulsiones \*** 1 punto

Mareado

Tranquilo

No sé

---

**Artritis \*** 1 punto

Estómago

Articulación

No sé

### Cuestionario 4. ICAM-Q

I-CAM-Q PROVEEDORES DE SERVICIOS						
En los últimos 12 meses, ¿ha acudido a recibir atención por alguno de los siguientes?	Si / No / # de veces	Indique el motivo principal por el que acudió a dicha atención (elijá el más importante)				¿Qué tan útil fue la atención que recibió? 4: <b>Muy útil</b> 3: <b>Moderadamente útil</b> 2: <b>Poco útil</b> 1: <b>No sé</b>
		Por un problema agudo (<1 mes)	Por un problema crónico	Para mejorar mi bienestar	Otro motivo:	
Quiropráctico	NO					
Homeópata	NO					
Acupunturista	NO					
Yerbero/herbolista	NO					
Curandero/Sanador espiritual	NO					
Huesero/Sobador	NO					
Otro:						
Otro:						

I-CAM-Q TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS						
En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguno de los siguientes tratamientos?	Si / No / # de veces	Indique el motivo principal por el que acudió a dicha atención (elijá el más importante)				¿Qué tan útil fue la atención que recibió? 4: <b>Muy útil</b> 3: <b>Moderadamente útil</b> 2: <b>Poco útil</b> 1: <b>No sé</b>
		Por un problema agudo (<1 mes)	Por un problema crónico	Para mejorar mi bienestar	Otro motivo:	
Manipulación (quiropáctico)	NO					
Homeopatía	NO					
Acupuntura	NO					
Herbolaria	NO					
Curación espiritual	NO					
Ceremonia de curación	NO					
Sobada	NO					
Limpia	NO					
OTROS:	NO					

I-CAM-Q USO DE HERBOLARIA, SUPLEMENTOS Y OTROS PRODUCTOS

Indique el nombre de los productos que ha utilizado	Si / No / # de veces	Indique el motivo principal por el que acudió a dicha atención (elijá el más importante)				¿Qué tan útil fue la atención que recibió? 4: <b>Muy útil</b> 3: <b>Moderadamente útil</b> 2: <b>Poco útil</b> 1: <b>No sé</b>
		Por un problema agudo (<1 mes)	Por un problema crónico	Para mejorar mi bienestar	Otro motivo:	
Herbolaria y productos naturistas	NO					
Vitaminas y minerales	NO					
Productos homeopáticos	NO					
Otros	NO					

## Cuestionario 5. CIRS-G

### Escala acumulativa de calificación de enfermedades geriátricas (CIRS-G) ☆

Cuantifica la carga de enfermedad en pacientes de edad avanzada (escala de comorbilidad).

Cuándo usar ▾

Por que usar ▾

Corazón

**Ningún problema 0**

IM hace >5 años, angina ocasional tratada con medicamentos según sea necesario +1

ICC compensada con medicamentos, medicamentos antianginosos diarios, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, bloqueo de rama, fármacos antiarrítmicos diarios +2

IM hace ≤5 años, prueba de esfuerzo anormal o [angioplastia coronaria transluminal](#)

Corazón

**Ningún problema 0**

IM hace >5 años, angina ocasional tratada con medicamentos según sea necesario +1

ICC compensada con medicamentos, medicamentos antianginosos diarios, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, bloqueo de rama, fármacos antiarrítmicos diarios +2

IM hace ≤5 años, prueba de esfuerzo anormal o [angioplastia coronaria transluminal percutánea](#) >PTCA</abbr> o [injerto de derivación de arteria coronaria](#) >CABG</abbr> +3

Marcada restricción de la actividad secundaria al estado cardíaco (es decir, angina inestable o ICC intratable) +4

Vascular	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Hipertensión compensada con restricción de sal y pérdida de peso, colesterol >200 mg/dL	+1
	Medicamentos antihipertensivos diarios, un síntoma de enfermedad aterosclerótica (angina, claudicación, soplo, amaurosis fugaz, ausencia de pulsos pedios), aneurisma aórtico <4 cm	+2
	≥2 síntomas de aterosclerosis	+3
	Cirugía vascular previa, aneurisma aórtico ≥4 cm	+4

hematopoyético	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Hemoglobina: mujeres 10-12 g/dL, hombres 12-14 g/dL, anemia por enfermedad crónica	+1
	Hemoglobina: mujeres de 8 a <10 g/dL, hombres de 10 a <12 g/dL, anemia secundaria a deficiencia de hierro/vitamina B-12/folato o insuficiencia renal crónica, leucocitos totales 2000-4000	+2
	Hemoglobina: mujeres <8 g/dL, hombres <10 g/dL, leucocitos totales <2000	+3
	Cualquier leucemia o linfoma.	+4

Respiratorio	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Episodios recurrentes de bronquitis aguda, asma actualmente tratada con inhaladores según sea necesario, fumador de cigarrillos entre 10 y 20 paquetes por año	+1
	Evidencia radiográfica de EPOC, requiere teofilina diaria o inhaladores, tratado por neumonía dos o más veces en los últimos 5 años, fumado entre 21 y 40 paquetes por año	+2
	Deambulación limitada secundaria a capacidad respiratoria limitada, requiere esteroides orales para enfermedad pulmonar, fuma más de 40 paquetes por año	+3
	Requiere oxígeno suplementario, ≥1 episodio de insuficiencia respiratoria que requiera ventilación asistida, cualquier cáncer de pulmón	+4

Ojos, oídos, nariz, garganta y laringe.

**Ningún problema** 0

Visión corregida 20/40, sinusitis crónica, pérdida auditiva leve. +1

Visión corregida 20/60 o lee periódicos con dificultad, requiere audífono, molestias nasosinusales crónicas que requieren medicación, requiere medicación para el vértigo +2

Parcialmente ciego (requiere un acompañante para salir), incapaz de leer papel periódico, todavía tiene problemas de audición conversacional con audífono +3

Ceguera funcional, sordera funcional, laringectomía, requiere intervención quirúrgica por vértigo. +4

gastrointestinal superior

**Ningún problema** 0

Hernia de hiato y problemas de acidez estomacal tratados con medicamentos según sea necesario +1

Necesita bloqueador H<sub>2</sub> o antiácido diariamente, úlcera gástrica o duodenal documentada en los últimos 5 años +2

Úlcera activa, heces positivas a guayaco, cualquier trastorno de la deglución o disfagia. +3

Cáncer gástrico, antecedentes de úlcera perforada, melena o hematoquezia de origen gastrointestinal superior +4

IG inferior

**Ningún problema** 0

Estreñimiento manejado con medicamentos según sea necesario, hemorroides activas, estado posterior a la reparación de la hernia +1

Requiere laxantes voluminosos diarios o ablandadores de heces, diverticulosis, hernia no tratada +2

Impactación intestinal en el último año, uso diario de laxantes estimulantes o enemas +3

Hematoquezia de origen gastrointestinal inferior, actualmente impactado, brote de diverticulitis, estado posterior a la obstrucción intestinal, carcinoma intestinal +4

Hígado, páncreas y vías biliares.

Ningún problema	0
Historia de hepatitis hace >5 años, colecistectomía	+1
LFT ligeramente elevadas ( $\leq 150\%$ de lo normal), hepatitis en los 5 años, colelitiasis, consumo diario o excesivo de alcohol en los 5 años	+2
Bilirrubina elevada (total $>2$ mg/dL), elevación marcada de LFT ( $>150\%$ de lo normal), requiere enzimas pancreáticas suplementarias para la digestión	+3
Evidencia clínica o de laboratorio de obstrucción biliar, cualquier carcinoma del árbol biliar, colecistitis, pancreatitis, hepatitis activa.	+4

Renal

Ningún problema	0
Expulsión de cálculos renales en los últimos 10 años o cálculos renales asintomáticos, pielonefritis en los 5 años	+1
Creatinina sérica 1,5-3,0 mg/dL sin diuréticos ni antihipertensivos	+2
Creatinina sérica $>3,0$ mg/dL O creatinina sérica $>1,5$ mg/dL en tratamiento con diuréticos, antihipertensivos o bicarbonato, pielonefritis actual	+3
Requiere diálisis, carcinoma renal.	+4

genitourinario

Ningún problema	0
Incontinencia de esfuerzo, histerectomía, <a href="#">hiperplasia prostática benigna</a> (HPB) sin síntomas urinarios	+1
Prueba de Papanicolaou anormal, infecciones urinarias frecuentes ( $\geq 3$ en el último año), incontinencia urinaria (sin estrés) en mujeres, HPB con vacilación o frecuencia, infección urinaria actual, cualquier procedimiento de derivación urinaria, estado posterior a la RTUP	+2
Cáncer de próstata in situ (es decir, encontrado incidentalmente durante <a href="#">Resección transuretral de próstata</a> (RTUP)), sangrado vaginal, carcinoma cervical in situ, hematuria, estado posterior a la urosepsis en el último año	+3
Retención urinaria aguda, cualquier carcinoma GU excepto lo anterior	+4

Musculoesquelético y piel	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Usa medicamentos según sea necesario para la artritis o tiene actividades de la vida diaria (AVD) levemente limitadas debido a patologías articulares, cánceres de piel no melanoma extirpados, infecciones de la piel que requieren antibióticos dentro de un año.	+1
	Medicamentos antiartríticos diarios o uso de dispositivos de asistencia o limitación moderada en las AVD, medicamentos diarios para afecciones crónicas de la piel, melanoma sin metástasis	+2
	AVD gravemente deterioradas secundarias a artritis, requiere esteroides para la condición artrítica, fracturas por compresión vertebral por osteoporosis	+3
	Dependencia de silla de ruedas, deformidad articular grave o uso gravemente limitado, osteomielitis, cualquier carcinoma óseo o muscular, melanoma metastásico	+4

neurologico	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Dolores de cabeza frecuentes que requieren medicamentos según sea necesario sin interferencia con las actividades diarias, antecedentes de fenómenos AIT (al menos uno)	+1
	Requiere medicamentos diarios para dolores de cabeza crónicos o dolores de cabeza que interfieren regularmente con las actividades diarias, estado post ACV sin enfermedad neurodegenerativa leve residual significativa (Parkinson, EM, ELA, etc.)	+2
	Estado post ACV con disfunción residual leve, cualquier procedimiento neuroquirúrgico del SNC, enfermedad neurodegenerativa moderada	+3
	Estado post ACV con hemiparesia funcional residual o afasia, enfermedad neurodegenerativa grave	+4

Endocrino y mama	<b>Ningún problema</b>	<b>0</b>
	Diabetes mellitus compensada con dieta, obesidad (IMC >30), requiere reposición de hormona tiroidea	+1
	Diabetes mellitus que requiere insulina o agentes orales, enfermedad fibroquística de la mama.	+2
	Cualquier alteración electrolítica que requiera tratamiento hospitalario, obesidad mórbida (IMC >45)	+3
	Diabetes mellitus frágil o mal controlada o coma diabético en el último año, requiere reemplazo de hormona suprarrenal, carcinoma suprarrenal, de tiroides o de mama.	+4

enfermedad psiquiátrica  
El estudio original hace referencia al DSM III-R.

**Ningún problema**

**0**

Condición psiquiátrica menor o antecedentes de la misma: específicamente, tratamiento previo de salud mental ambulatorio durante una crisis, tratamiento ambulatorio para la depresión hace más de 10 años, uso actual de tranquilizantes menores para la ansiedad episódica (uso ocasional), demencia temprana leve. +1

Antecedentes de depresión mayor (según DSM) en los últimos 10 años (tratada o no tratada), demencia leve, cualquier hospitalización psiquiátrica previa, cualquier episodio psicótico, historial de abuso de sustancias hace más de 10 años +2

Actualmente cumple con los criterios del DSM para depresión mayor o dos o más episodios de depresión mayor en los últimos 10 años, demencia moderada, uso actual de medicamentos ansiolíticos diarios, actualmente cumple con los criterios del DSM para abuso o dependencia de

DSM para depresión mayor o dos o más episodios de depresión mayor en los últimos 10 años, demencia moderada, uso actual de medicamentos ansiolíticos diarios, actualmente cumple con los criterios del DSM para abuso o dependencia de sustancias, requiere medicación antipsicótica diaria +3

Enfermedad mental actual que requiere hospitalización psiquiátrica, institucionalización o tratamiento ambulatorio intensivo (por ejemplo, pacientes con depresión grave o suicida, psicosis aguda o descompensación psicótica, agitación grave por demencia, abuso de sustancias grave, etc.), demencia grave. +4

**0 puntos**

Las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad (puntuación máxima = 56 puntos)

Copiar resultados 

Próximos pasos 