



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL DEL
ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS, DE TRES RESIDENCIAS DE
PERSONAS MAYORES EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:

Geriatría

PRESENTA:

DRA. ANGELA MÈNDEZ CEBALLOS

TUTOR DE TESIS:

Dr. Alejandro Pablo Montiel Estrada



HOSPITAL ESPAÑOL

México, Ciudad de México. Julio 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital Español de México

Dr. Alejandro Pablo Montiel Estrada
Profesor Titular del Curso de Geriatría
Hospital Español de México

Dr. Alejandro Pablo Montiel Estrada
Asesor de Tesis
Hospital Español de México

Dedicatoria y Agradecimientos

Se lo dedico a mi familia, que sin ellos no lo hubiera podido lograr, además a mis amigos y profesores que me ayudaron en todo el proceso.

Índice

	Página
1. Resumen	6
2. Antecedentes y marco teórico	7
3. Problema	16
4. Justificación	16
5. Hipótesis	16
6. Objetivos	17
6.1 Objetivo principal	17
6.2 Objetivos secundarios	17
7. Material y Métodos	18
7.1 Diseño del estudio	18
7.2 Criterios de selección	18
7.3 Descripción de la maniobra o intervención	19
7.4 Tamaño de la muestra	19
7.5 Mecanismo de asignación del tratamiento	19
7.6 Legislación	19
8. Desenlaces y variables	20
9. Costos	20
10. Estrategia de análisis estadístico	20
11. Resultados	21
12. Discusión	25

13. Conclusiones	27
13. Limitaciones	28
14. Bibliografía	29

1 RESUMEN

Objetivo:

El objetivo del presente trabajo es describir la situación funcional de los Adultos Mayores de 60 años y más, en las residencias de personas mayores del Hospital Español de la ciudad de México.

Materiales y método:

Es un estudio de tipo prospectivo, observacional, descriptivo.

De Diciembre de 2017 a Mayo del 2018, los Adultos mayores de 60 años de 3 residencias de personas mayores del Hospital Español de la ciudad de México fueron incluidos.

Resultados:

La población sujeto de estudio quedo conformada por 60 pacientes, provenientes de las tres principales residencias del Hospital Español, excluyéndose uno por no cumplir con la edad, se encontró que de los 59 pacientes, el 70% (41) eran mujeres, y el 30%(18) eran hombres. Se encontró el 58% (35) pacientes con dependencia moderada a severa en a las actividades básicas de la vida diaria. Se encontró 15%(9) con dependencia máxima para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Conclusiones:

Se pudo evaluar una funcionalidad y otras variables en este estudio de los residentes de este hospital, el cual servirá para un seguimiento óptimo de los pacientes con riesgo y que ya presentan dependencia para implementar rehabilitación y otras terapéuticas en estos pacientes.

2 ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Introducción

El adulto mayor es el sujeto de 60 años en adelante, que entra en la última etapa del desarrollo humano llamada envejecimiento, la cual terminará en el momento en que fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas del funcionamiento tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual.

El envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista).¹

De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma).

El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de a 100 millones en el 2025 y llegaría a casi dos mil millones hacia el año 2050 en los países en vías de desarrollo. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16 % en el 2025.²

Los problemas de la población mayor, que constituyen una amenaza a su bienestar personas y que aceleran su deterioro, se refieren a:

- Deterioro cognitivo o pérdida progresiva de las funciones cerebrales: Si el deterioro es severo se hace imposible la vida independiente y segura, lo que implica la pérdida de autonomía en su comportamiento.
- Restricción de la movilidad: La capacidad para trasladarse de un lugar a otro sin riesgos es el primer requisito para mantener la autonomía.

- Inestabilidad o Miedo a caer.
- Incontinencia o pérdida involuntaria de orina y/o incapacidad de controlar esfínteres. 3

Estos síndromes aparecen al final de la vida y aquejan con mayor frecuencia a la población adulto mayor. Con síntomas habituales inespecíficos, muchas veces secundarios a diversas patologías. Su frecuencia aumenta con la edad, lo que produce un creciente aumento en su demanda de cuidado.

La valoración geriátrica integral se define como “un proceso de diagnóstico multidisciplinario y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado para generar mejorías en los ancianos frágiles, mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y minimizar la hospitalización innecesaria”

Con el empleo de la valoración geriátrica integral han surgido dos términos: fragilidad y discapacidad, frecuentemente considerados sinónimos, pero con grandes diferencias entre ellos.

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en 5 % de ellos, y en mayores de 80 años hasta en 50 %. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado. Se divide en tres categorías:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

En México, se existe estudios que reportan un 10 % de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77 % en el grupo de más de 90 años y 75 % de dependencia para las AIVD.

Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la dependencia funcional. Se ha encontrado asociación significativa con obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio, por mencionar algunas variables.^{4,7}

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) esta relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria, de esta manera la ejecución independiente de las ABVD favorece el mantenimiento de los patrones de percepción de la salud, eliminación intestinal/urinaria, actividad/ejercicio y el patrón cognitivo/perceptual.

Las ABVD como la movilidad o trasladarse resulta indispensable en términos de independencia funcional en adultos mayores, porque su ejecución independiente, permite el desarrollo e integración a otras actividades como la visita a familiares, amigos y compañeros o el desarrollo de alguna actividad como el baile o la actividad física; además por medio de la realización de la actividad de la movilidad se apoyan y se hacen otras ABVD como la alimentación, bañarse, vestirse, ir al baño y la ejecución de la continencia. La actividad de ir al baño y la continencia es necesaria su evaluación al momento de la descripción de la independencia funcional. Mediante lo anterior podemos observar como las ABVD y su ejecución independiente son necesarias no sólo a nivel individual sino también a nivel familiar, social, psicológico, espiritual y cultural.

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

(I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.^{2,6}

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.^{8,4}

Así como el índice de Katz ABVD, el enfoque de la escala de Lawton es sobre el grado de independencia que el paciente tiene, según su nivel funcional. Esta escala es capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz ABVD. Nuevamente, independiente (I) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (A) y dependiente (D) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia. La puntuación continúa siendo así: I = 2, A = 1, D = 0.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA — Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) se engloban:

-Ocio y tiempo libre: son actividades que se eligen de forma voluntaria y se realizan en momentos del día donde no se dedica tiempo a las tareas obligatorias.

-Participación social: comportamientos que se realizan en la comunidad mediante una interacción colectiva (roles familiares, amigos y/o laborales).

-Actividad laboral: situación vinculada a cualquier tarea física o intelectual que recibe algún tipo de remuneración. 4

-Actividad educativa: destinada a desarrollar la capacidad intelectual para adquirir unos conocimientos y posteriormente una formación.

Para realizar con éxito las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) es primordial un buen funcionamiento de las capacidades cognitivas más complejas, como son las funciones ejecutivas. Además de equilibrar éstas con los aspectos conductuales y emocionales más importantes del usuario. Todas ellas pueden hacernos dirigir la actividad a una meta de forma exitosa. 3,9

Los déficits en las habilidades funcionales afectarán tanto la independencia como la seguridad de los pacientes, en especial si aún están viviendo solos ya que la pérdida de función naturalmente conlleva dificultades en la comunicación, riesgo de caídas, problemas con la preparación de comidas, ingesta de medicamentos o limitaciones en las necesidades de autocuidado básico.

La prevalencia de discapacidad, en diferentes aspectos de función, es claramente mayor en sujetos diagnosticados con demencia que en sujetos normales y también mayor que en sujetos con declinación cognitiva no demenciante.

Lo habitual es que el funcionamiento se deteriore como consecuencia natural de la progresiva declinación cognitiva, de modo que la demencia en sí es reconocida como un poderoso determinante de esta discapacidad funcional; sin embargo, como los pacientes portadores de demencia presentan con frecuencia diversas

comorbilidades médicas, se hace difícil determinar la contribución exacta de las alteraciones mentales y físicas en la posterior pérdida de funcionalidad. 4,10 Entonces, tanto la capacidad neurocognitiva como la movilidad adecuada son considerados componentes principales de la funcionalidad y autonomía de todo adulto mayor sano. Interesantemente se ha señalado que esta declinación funcional en la demencia podría estar relacionada a los diferentes factores que desembocan en el deterioro cognitivo e independiente de la sarcopenia coexistente. De todos modos, el deterioro funcional se comporta como un importante indicador pronóstico de discapacidad global simplemente porque va afectando la habilidad parcial o total del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales de su vida diaria. Se ha visto también que posteriormente van a desarrollar demencia, van a tener restricciones en actividades instrumentales de la vida diaria (IAVD), especialmente en el manejo financiero, incluso 10 años antes del diagnóstico clínico de demencia.

Para establecer el diagnóstico de demencia se utilizan criterios bien estandarizados, focalizados principalmente en los diferentes defectos cognitivos. Para destacar la creciente relevancia del dominio funcional en la demencia y en relación a estrategias diagnósticas, se ha sugerido que en poblaciones de menor educación se privilegie una aproximación diagnóstica más ecológica, considerando la evaluación de la autonomía funcional con escalas de actividades básicas (ADL) e instrumentales de la vida diaria por sobre instrumentos habituales de screening para diagnóstico de demencia, como el Mini Mental State Examination (MMSE).4,6,8

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
<i>DENOMINACIÓN.</i> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 <i>REPETICIÓN.</i> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <i>ÓRDENES.</i> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 <i>LECTURA.</i> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <i>ESCRITURA.</i> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <i>COPIA.</i> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx. : 30 puntos)	

a.e.g. (1999)

3 PROBLEMA

¿Cuál es el estado funcional que presentan los adultos mayores de 60 años de las principales residencias del Hospital Español de México?

4 JUSTIFICACIÓN

Es un tema importante debido al crecimiento demográfico de los últimos años, en los que se muestra una pirámide invertida, la cual se proyecta hacia las próximas generaciones, donde la población de adultos mayores será la predominante. A pesar de esto, existe el problema que en las residencias de adulto mayor, ya que no se ha establecido una base de datos digitalizando la información, entonces no es posible realizar un seguimiento o establecer el estado funcional óptimo de los adultos mayores de las residencias. Por lo tanto, no se ha determinado qué factores de riesgo afectan más la funcionalidad de los adultos mayores, tampoco se ha establecido diferencias o similitudes. Debido a lo anteriormente mencionado, para llenar ese vacío de conocimiento es necesario realizar una investigación que nos permita generar una base para determinar el estado funcional actual de la población. De esta forma se podrá sugerir nuevas ideas o hipótesis para futuros estudios, y así poder trabajar sobre el estado de funcionalidad de la población adulto mayor.

5 HIPÓTESIS

Conocer el estado de funcionalidad del adulto mayor de las residencias de nuestro hospital para realizar un seguimiento adecuado, y poder prevenir las consecuencias que implican la pérdida de la funcionalidad.

6

OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo del presente trabajo es describir la situación funcional de los Adultos Mayores de 80 años y más, en las residencias de personas mayores del Hospital Español de la ciudad de México.

Objetivos secundarios

Evaluar el Nivel Funcional, según el grado de Dependencia/Independencia del Adulto mayor con respecto a:

- Su Capacidad para las actividades básicas de la vida diaria
- Su Capacidad para las actividades instrumentada de la vida diaria.
- Establecer la diferencia del nivel funcional por sexos.
- Establecer la diferencia del nivel funcional por edad.
- Su capacidad cognitiva y su funcionalidad.

7

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño del estudio**

Es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo.

- **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

-Residentes de residencia de adultos Mayores del Hospital Español mayores de 60 años que accedieran a la Valoración de la Funcionalidad

Criterios de exclusión

-Residentes de residencia de adultos Mayores del Hospital Español mayores de 60 años que no accedieran a la Valoración de la Funcionalidad.

-Residentes menores de 60 años

- **Descripción de la maniobra o intervención**

Debido a la naturaleza del estudio de tipo prospectivo y observacional, la intervención realizada fue identificar residentes mayores de 80 años de tres residencias de adultos mayores del Hospital Español de México, en el periodo comprendido de Diciembre de 2017 a Mayo del 2018. Los residentes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les realizó Para la evaluación de la funcionalidad básica se empleó la Escala de Katz, la cual se eligió por ser un instrumento con validez de contenido y aplicabilidad universal independiente de influencias externas como el aprendizaje y el entorno cultural, además de presentar buena estabilidad y fiabilidad interjueces, mientras que para la

evaluación de la funcionalidad instrumental se utilizó el Índice de Lawton y Brody, elegido por poseer buenas garantías psicométricas.

Está bien establecido que los procesos patológicos demencianles, siendo el más importante la enfermedad de Alzheimer, conducirán de manera inevitable a deterioro cognitivo y luego a limitación funcional y discapacidad global, por lo que también se valoró su función cognitiva con el Mini Mental State Examination (MMSE).

Fueron identificados sus datos y las variables a estudiar fueron recopiladas en una base de datos en el programa Excel, posteriormente realizando un análisis descriptivo.

- **Tamaño de la muestra**

No se realizó un cálculo de casos mínimos necesarios para el estudio. El tamaño de la muestra fue limitado por el total de mayores de 80 años.

- **Duración del seguimiento**

No se realizó seguimiento

- **Legislación**

Toda la investigación realizada se apegó al uso y manejo del expediente clínico de acuerdo a lo establecido por el comité de ética del Hospital Español.

8

Desenlaces y variables

Las variables principales a medir son:

- a) Funcionalidad de las actividades básicas, instrumentadas y avanzadas de la vida diaria: variable dicotómica
- b) Estado cognitivo: variable dicotómica

Las variables desenlaces secundarias a medir:

- a) Edad: variable discreta
- b) Sexo: Variable dicotómica
- c) Presencia de depresión: variable nominal
- d) Escolaridad: variable nominal
- e) Ocupación: Variable nominal

9

COSTOS

Las herramientas necesarias para la investigación no generaron un costo directo.

Estrategia de análisis estadístico

De forma inicial se les realizó una valoración geriátrica integral en tres de las principales salas de residencia del Hospital Español, se recabaron y vaciaron los datos en una hoja de Excel. Posteriormente, se hizo una comparación de variables con el programa IBM SPSS Statistics 17; los resultados fueron calculados mediante análisis de regresión univariado para determinar la importancia de las variables de interés anteriormente comentadas.

10 Resultados

La población sujeto de estudio quedo conformada por 60 pacientes, provenientes de las tres principales residencias del Hospital Español, excluyéndose uno por no cumplir con la edad, se encontró que de los 59 pacientes, el 70% (41) eran mujeres, y el 30%(18) eran hombres.

En cuanto al grado de instrucción 25%(15) tenía primaria completa, 25%(15) secundaria completa, 16,66%(10) preparatoria completa y 33.33%(20) universidad completada.

Referente a la ocupación, el 66.66% (40) eran jubilados, 33.33% (30) eran amas de casas.

Tabla 1. Escala de depresión geriátrica Yesavage

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	12	20.0	20.0	20.0
	1	28	46.7	46.7	66.7
	No valorable	19	31.7	31.7	98.3
	Yesavage	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Se encontró 46% (28) pacientes con depresión, y 19 pacientes no fueron valorables. De esos pacientes con depresión el 26%(12) tenía dependencia moderada a severa para las actividades básicas de la vida diaria y 13% (6) dependencia máxima de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla2. MMSE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	41	68.3	68.3	68.3
	1	18	30.0	30.0	98.3
	MMSE	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Se encontró un deterioro cognitivo grave en 30% (18) pacientes.

Tabla3. Escala de Katz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A	11	18.3	18.3	18.3
	B	8	13.3	13.3	31.7
	C	5	8.3	8.3	40.0
	D	13	21.7	21.7	61.7
	E	3	5.0	5.0	66.7
	F	5	8.3	8.3	75.0
	G	14	23.3	23.3	98.3
	Katz	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

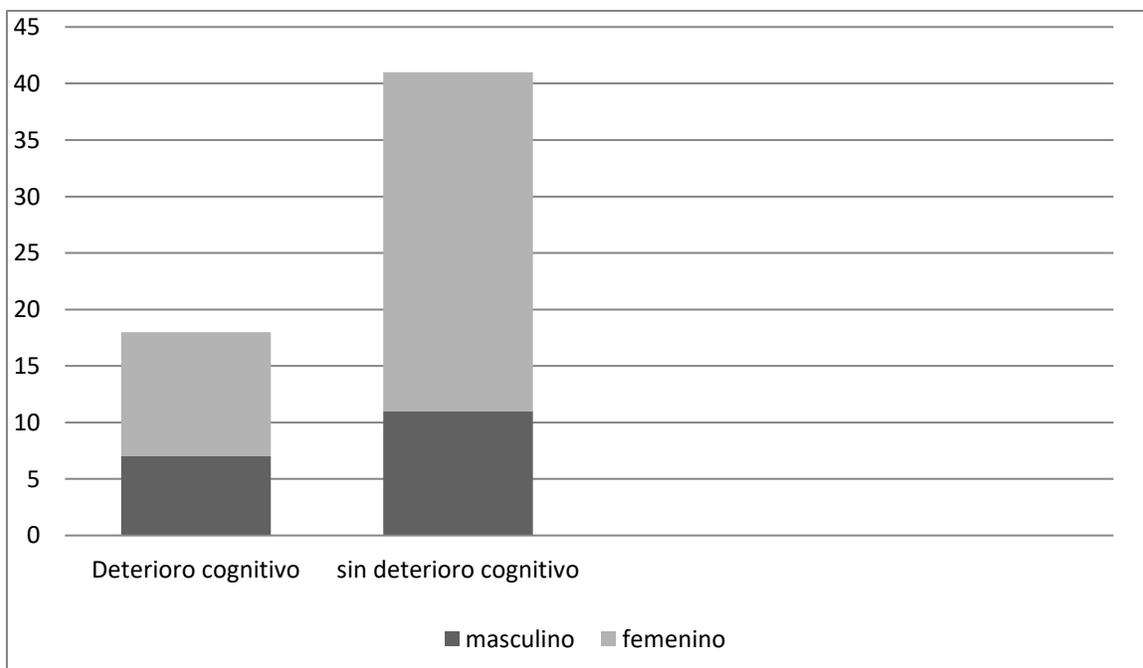
Se encontró el 58% (35) pacientes con dependencia moderada a severa en a las actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 4. Escala de Lawton

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	28	46.7	46.7	46.7
	2	4	6.7	6.7	53.3
	3	2	3.3	3.3	56.7
	4	6	10.0	10.0	66.7
	5	3	5.0	5.0	71.7
	6	4	6.7	6.7	78.3
	7	3	5.0	5.0	83.3
	8	9	15.0	15.0	98.3
	lawton	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Se encontró 15%(9) con dependencia máxima para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Grafica 1. Deterioro cognitivo y sexo



Se encontraron con deterioro cognitivo grave 11 mujeres y 7 hombres, afectando todas las actividades de la vida diaria. De los 18 pacientes con deterioro cognitivo se encontró era a partir de los 68 años de edad, haciéndose más frecuente aumentando la edad.

Tabla 5. Escala de Katz y sexo

	0	1
A	5	6
B	3	5
C	0	5
D	5	8
E	0	3
F	1	4
G	4	10
Katz	0	0
	18	41

Se encontró 30 mujeres con dependencia moderada a severa, 10 hombres con dependencia moderada a severa en las actividades básicas de la vida diaria, al igual que el deterioro cognitivo la pérdida de la dependencia se encontró a partir de los 68 años de edad haciéndose más frecuente con el aumento de la edad.

Tabla 6. Escala de Lawton y sexo

	0	1
0	8	20
2	1	3
3	0	2
4	2	4
5	1	2
6	2	2
7	0	3
8	4	5
lawton	0	0
	18	41

Se encontró 20 mujeres con dependencia máxima y 8 hombres con dependencia máxima. La dependencia máxima se encontró a partir de los 69 años de edad, aumentando su frecuencia con la edad.

Se encontró también que los 18 pacientes con deterioro cognitivo grave todos presentaban dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, 13 pacientes con deterioro cognitivo grave con dependencia severa para las actividades básica de la vida diaria y 4 pacientes con dependencia moderada.

11

Discusión

El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16 % en el 2025.

Por lo anterior la asistencia al adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos. Estas consideraciones permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor, para ello se ha propuesto la valoración geriátrica integral.

Respecto a los datos obtenidos es necesario señalar las limitaciones el reducido tamaño de la muestra constituye la limitación de este estudio, dado que al ser una muestra no probabilística por conveniencia ésta puede no ser representativa de la población total cuyo y del cual existen diversas aproximaciones que evidencian imprecisión al mostrar amplias diferencias entre sí, no obstante, los resultados obtenidos constituyen una primera aproximación al problema en cuestión.

Asimismo, dado el carácter observacional del estudio escapan al control de los investigadores, variables no incluidas en la investigación que pueden tener influencia sobre los resultados, tales como la presencia de depresión no diagnosticada, disfunción familiar, enfermedades crónicas, entre otras.

De los datos obtenidos, el 58%(35) de los pacientes valorados presentaron dependencia moderada a severa para las actividades básicas de la vida diaria, lo que se refiere a que la mayoría de los pacientes en las residencias requieren algún tipo de apoyo de su entorno (familiar, institucional, entre otros), para realizar ciertas actividades de su vida cotidiana; el 32%(19) de los pacientes presenta alta funcionalidad para sus actividades diarias, no requiriendo ningún apoyo. Y por último 15%(9) presentaba dependencia máxima para las actividades instrumentales de la vida diaria teniendo un bajo nivel de funcionalidad, y que requieren de constante ayuda y supervisión.

Esta necesidad de apoyo y, por tanto, pérdida de autonomía es una consecuencia del envejecimiento, que sumadas a numerosas alteraciones en la vida del anciano perjudican su calidad de vida. En algunos estudios como Guzmán, Pimentel, Salas, Armenta, Oliver, & Agis (2016) , prevaleció la dependencia moderada y la dependencia leve, con un menor porcentaje en cuanto a la dependencia total, con lo que podría coincidir con la dependencia moderada que se reporta en este estudio, por otra parte existe otros estudios como Zavala, Posada, & Cantú

(2010), que indican que 97.4% poseía una funcionalidad normal. Sin embargo estos estudios se realizaron en México, y la población presente en estas residencias son de origen españolas, además de que en este estudio no se valoró sus comorbilidades asociadas.

Por lo anterior esta investigación solo es aplicable a la población estudiada, por ende no se puede generalizar

12 Conclusión

Se pudo evaluar una funcionalidad y otras variables en este estudio de los residentes de este hospital, el cual servirá para un seguimiento óptimo de los pacientes con riesgo y que ya presentan dependencia para implementar rehabilitación y otras terapéuticas en estos pacientes.

Además se recomienda hacer más estudios de tipo descriptivo sobre el tema para una mejor comparación de los casos en los distintos sectores del país. Asimismo se deben efectuar investigaciones cualitativas que permitan profundizar en los diferentes aspectos que competen a la funcionalidad del adulto mayor y a su vez diseñar programas de intervención que abarque actividades recreativas, sociales y de salud, dirigidos a adultos mayores, involucrando a la familia y con carácter multidisciplinario.

14

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio incluye la naturaleza observacional del análisis además el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que puede estar sesgado el estudio al no representar adecuadamente a la población.

Bibliografía

1. Sandoval L, Verela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Rev Med Hered* 1998;9(4):139-140.
2. Marco Antonio Zavala-González. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (6): 585-590
3. Encinas JE. Abatimiento funcional del adulto mayor. [Monografía en internet]. México: UNAM; 2000 [Consultado el 22 de diciembre de 2007]. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/saludpublica/doctos/envejecimiento.html>
4. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Medica Hered.* 2005;16(3):165-71.
5. Sikkes S, de Lange-de Klerk E, Pijnenburg Y, Scheltens P, Uitdehaag B. A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: room for improvement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009;80:7-12.
6. Colmenarejo JC, Calle-Cabada B, Sánchez-Jiménez J. Valoración geriátrica exhaustiva: abordaje desde atención primaria. Una revisión actualizada. *Med Gral* 2000; 4(6):31-34.
7. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatria Gerontologia*, 1997; 32(5): 297- 306
8. Díaz Venegas C., Reistetter T. A., & Wong R. (2016). Differences in the progression of disability: A U.S. - Mexico comparison. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 00(00), 1-10.
9. Dorantes M. G., Ávila F. J. A., Mejía A. S., & Gutiérrez R. L. M. (2001). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev. Panam Salud Publica*

10. González Reyes N., & Segovia Díaz De León M. (2010). Capacidad funcional de adultos mayores en hospital de seguridad social. *Desarrollo Cientif. Enferm*, 18(1), 5-10.
11. Manrique Espinoza B., Salinas Rodríguez A., Moreno Tamayo K. M., Acosta Castillo I., Sosa Ortiz A. L., Gutiérrez Robledo L. M., & Téllez Rojo M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Méx*, 55(2), 323-331
12. Zavala González M. A., Posada Arévalo S. E., & Cantú Pérez R. G. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Arch Med Fam*, 12(4), 116-126
13. Zamora ZEH. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicol Salud*. 2014; 16(1):103-10.
14. Lobo A, Paula- Santos M, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2007;42(S1):22-6.
15. Fócil-Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev Fac Salud - RFS*. 2015; 6(2):12