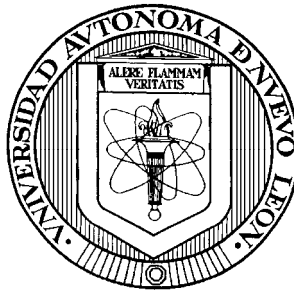


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

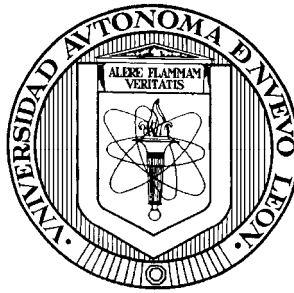
Por

LIC. SANDRA LUZ PIÑA TABARES

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

DICIEMBRE, 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Por

LIC. SANDRA LUZ PIÑA TABARES

Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

DICIEMBRE, 2009

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Director de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Presidente

MCE. Leticia Navarro Torres
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial al Ing. Ernesto Dieck Assad, Director General del Hospital San José Tec de Monterrey por la confianza y apoyo que siempre ha depositado en mi persona.

A la Lic. Sofía G. Medina Ortíz, Directora de Enfermería del Hospital San José Tec de Monterrey por su apoyo y comprensión.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por compartirme sus conocimientos, enseñanza y su apoyo incondicional en la realización del presente trabajo.

A los directivos, maestros y personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por las facilidades brindadas para obtener mi grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Dedicatoria

A Dios por permitirme estar hoy aquí, terminando uno de mis retos profesionales con mis seres queridos, amigos y compañeros.

A mi esposo por todo su amor, comprensión y optimismo, por cuidarme y facilitarme todo lo necesario para realizar mis estudios de Maestría.

A mi hija por su infinito amor y comprensión. Por ser mi orgullo y ejemplo a seguir como estudiante; por su tiempo y dedicación hacia mí en todo momento, minuto a minuto. Eres el motor que me impulsa a desarrollarme profesionalmente y personalmente.

A mis padres, hermanos, suegros, sobrinos (as) por su inmenso amor. Gracias Dios por permitirme compartir con ellos el éxito de finalizar mis estudios de Maestría.

A mis compañeras de trabajo, Lupita, Eloisa, Elena, Blanca, Ibeth, Ma. Elena y personal de la Unidad de Emergencias del Hospital San José Tec de Monterrey por su actitud y muestras de cariño. Gracias por su apoyo diario y en especial el proporcionado en estos dos últimos años de intensa jornada.

Al Dr. Horacio González Danés y Dr. Arturo Barahona Iglesias directores de la Unidad de Emergencias por su confianza, su amabilidad y su interés para que la enfermería siga creciendo profesionalmente.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estudios Relacionados	7
Definición de Términos	12
Objetivos General	13
Objetivos Específicos	13
Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño de Estudio	15
Población, Muestreo y Muestra	15
Criterios de Inclusión	16
Criterios de Exclusión	16
Instrumentos de Medición	16
Procedimiento de Recolección de la Información	18
Estrategias para Análisis de los Resultados	20
Consideraciones Éticas	20
Capítulo III	
Resultados	22
Características Sociodemográficas de los Participantes	22
Funcionalidad de los Adultos Mayores	25
Estadística Inferencial	30

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias	37
Apéndices	
A. Cédula de Datos de Identificación del Paciente	42
B. Escala de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria	43
C. Valoración de la Funcionalidad Visual	46
D. Valoración de la Funcionalidad Auditiva	48
E. Cuestionario para la Valoración Cognitiva (Test del Reloj)	49
F. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	51
G. Carta de Autorización de la Institución	53
H. Carta de Consentimiento Informado	54

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Características personales de los participantes: estado civil y ocupación	23
2 Causa de hospitalización, especialidad y antecedentes de padecimientos crónicos	24
3 Diagnóstico al ingreso hospitalario de los adultos mayores	25
4 Funcionalidad en actividades de la vida diaria	26
5 Nivel de dependencia en actividades de la vida diaria	27
6 Valoración visual del adulto mayor	28
7 Valoración auditiva en adultos mayores	28
8 Funcionalidad cognitiva de los adultos mayores	29
9 Nivel de depresión de adultos mayores y por género	29
10 Asociación de presencia de depresión con dependencia en actividades de la vida diaria	30

RESÚMEN

Lic. Sandra Luz Piña Tabares
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2009

Título de estudio: VALORACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO

Número de Páginas: 56

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
Con Énfasis en Administración de
Servicios

Área de Estudio: Administración de Servicios

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue valorar la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado respecto a las actividades de la vida diaria, capacidad visual, auditiva, cognitiva, así como la presencia de depresión en una institución privada del área metropolitana de Monterrey. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. El muestreo fue probabilístico sistemático de uno en dos con inicio aleatorio. La muestra se estimó para un análisis de intervalo de confianza para proporciones ajustado para población finita dando como resultado 159 adultos mayores participantes en el estudio. Se utilizaron las escalas de Valoración de actividades de la vida diaria, la valoración visual, valoración auditiva, la valoración funcional cognitiva (test del reloj) y valoración de depresión de Yesavage. El análisis estadístico consistió en estadística descriptiva e inferencial, se utilizó la prueba estadística de X^2 Pearson.

Contribución y Conclusiones: Los resultados mostraron una media de edad de 70.13 años ($DE=7.36$). Respecto al género la proporción de mujeres fue ligeramente mayor con un 52.2%, la escolaridad arrojó una media de 11.4% años ($DE=5.17$). Una cuarta parte de los adultos mayores presentaron dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, los hombres fueron más dependientes para vestirse (19.4%) y las mujeres para trasladarse (17.2%). Respecto a la funcionalidad visual las mujeres presentaron mayor déficit (3.8%). La valoración auditiva mostró mayor alteración en el sexo masculino (31.6%). Se encontró mayor déficit cognitivo en el sexo femenino (45.8%) en relación con el masculino (42.1%). Referente a la depresión, uno de cada diez adultos mayores reportó síntomas depresivos. Estadísticamente no se encontró diferencia en el nivel de dependencia para realizar actividades de la vida diaria de acuerdo al género. Se encontró que la depresión se asocia con la presencia de dependencia funcional en actividades de la vida diaria (X^2 Pearson = 5.26; $p = 0.02$). Asimismo, la depresión se asoció con la presencia de alteración auditiva (X^2 Pearson = 5.30; $p=0.02$). No se encontró asociación entre la depresión y el déficit visual, así como tampoco con la deficiencia cognitiva. Todos los adultos mayores mostraron déficit al menos en un área de las que fueron valoradas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Hoy en día las organizaciones del sector salud a nivel mundial constantemente están en busca de una mejora continua en sus procesos y procedimientos tanto clínicos como administrativos, para cumplir con los estándares de calidad y seguridad que exigen las instituciones acreditadoras nacionales e internacionales. En México, el Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de atención médica, marca como objetivo coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios y de la seguridad que se brinda a los pacientes, de manera que les permita a las instituciones participantes mantener ventajas competitivas para mejorar su posición en el entorno (Consejo Nacional de Salubridad, 2008).

Un aspecto relevante que se incluye en los estándares nacionales e internacionales establecidos para las instituciones hospitalarias es el referente a garantizar que todo paciente hospitalizado y especialmente los incluidos entre los grupos vulnerables, sean valorados en forma integral como una medida que permita planear la atención acorde a necesidades específicas. Dentro de los grupos vulnerables, se incluye a los adultos mayores, al respecto se establece que toda organización de salud debe contar con una valoración estandarizada y adecuada para este grupo poblacional que guíe la atención de los pacientes adultos mayores bajo protocolos, políticas y procedimientos que garanticen la calidad y seguridad, sobretodo por el perfil de salud que los caracteriza y afecta su funcionalidad (Joint Commission International, 2007).

El envejecimiento se ha asociado con un complicado esquema de salud donde predominan los padecimientos de tipo crónicos y las pluripatologías. Cuando una persona padece algún problema de salud, se produce un deterioro físico que conduce a una limitación para realizar las actividades habituales, en el caso de los adultos

mayores, esta situación se ve agravada sobretodo, por la presencia de padecimientos crónicos, por su asociación con otros padecimientos ya sea de tipo agudo o crónico y por la presencia de síndromes geriátricos, los cuales en conjunto afectan la funcionalidad de los adultos mayores manifestada por la pérdida de la autonomía y dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (Florez, 2003).

Los estudios de investigación que se han realizado para medir la funcionalidad en este grupo de población reportan que existe una pérdida gradual de la funcionalidad conforme se incrementa la edad. Freedman (2004) reporta que existe un decline de 1 a 2.5% por año en las actividades básicas de la vida diaria y en las de tipo instrumental. El deterioro físico que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor es durante la transferencia de la casa al hospital y viceversa y se manifiesta principalmente por la dificultad para ir al baño, asearse y alimentarse. Durante la hospitalización se presenta un decline funcional el cual puede manifestarse a partir del segundo día del ingreso.

Los adultos de 70 años a más que se hospitalizan experimentan una disminución en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria desde la pre-admisión y ésta se mantiene hasta el momento de alta. La disminución funcional conduce a un aumento de riesgo de enfermedad, incrementa la estancia hospitalaria y favorece los reingresos hospitalarios, todo esto con impacto negativo en su calidad de vida (Graf, 2006).

Los estudios concuerdan en que la funcionalidad se afecta principalmente en adultos mayores del sexo femenino (Liao, McGree, Cao & Cooper, 2001; Wong, Espinoza, Palloni, 2007). Asimismo, se reporta que una tercera parte de los adultos mayores presenta discapacidad en el área motriz, seguida de la visual y auditiva (Resano & Oláiz, 2003; Salgado & Wong, 2007).

Otros estudios de investigación reportan que existe asociación entre la dificultad para realizar actividades de la vida diaria con el número de enfermedades, particularmente cerebro vasculares o de artrosis, una mayor edad, auto percepción de la

salud como mala, deterioro cognitivo y padecer depresión (Menéndez et al., 2005). Por su parte Lázaro, Rubio, Sánchez y García (2007) reportan que la dependencia funcional en actividades de la vida diaria se asocia con una mayor edad, con ser mujer, con salud auto percibido como mala o regular, con ser viudo (a) y no contar con estudios básicos de primaria.

La mayoría de los estudios orientados a medir la funcionalidad en adultos mayores se han realizado en población abierta y pocos estudios miden la funcionalidad de los adultos mayores al ingreso hospitalario como una medida que permita identificar oportunamente las demandas funcionales, evitar el decline funcional durante la hospitalización y anticipar las necesidades del adulto mayor al incorporarse a su hogar. Zea y Torres (2007) reportan que existe un déficit en la valoración de la funcionalidad del adulto mayor durante la hospitalización y previa a su egreso, lo cual se considera un aspecto que limita la transición del cuidado del hospital a casa al no favorecer anticipadamente las medidas que permitan la adaptación de la persona y del cuidador a los cambios y limitaciones funcionales generados como resultado del proceso de enfermedad.

El decline funcional que se presenta en el adulto mayor durante la estancia hospitalaria intensifica la necesidad de que el profesional de enfermería realice su valoración al ingreso hospitalario con la finalidad de identificar tempranamente la aparición o incremento de deterioro funcional y desarrolle intervenciones efectivas orientadas a evitar una pérdida gradual. Los resultados del presente estudio permitirán desarrollar guías de valoración específicas, con planes de cuidados acorde a las necesidades identificadas para este grupo poblacional.

Considerando la información presentada previamente el propósito del presente estudio fue valorar la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado respecto a las actividades de la vida diaria, capacidad visual, auditiva, cognitiva, así como la presencia de depresión.

Marco de Referencia

En el presente apartado se incluye el soporte teórico en relación con la funcionalidad del adulto mayor respecto a las actividades de la vida diaria, capacidad visual, auditiva, cognitiva y la depresión.

La funcionalidad en los adultos mayor se divide en tres áreas principales: física, psíquica y social. La parte física ha sido comúnmente operacionalizada con las actividades de la vida diaria de la persona. La parte psíquica se refiere a las actividades cognitivas, a la salud mental y personalidad; es decir la conducta de los individuos. Por último, la parte social se refiere a la estructura e interacción del adulto mayor con la sociedad, esto se relaciona con el bienestar físico y psíquico que presenta el adulto mayor. El decline de la funcionalidad se inicia por problemas patológicos (enfermedad, traumatismos, trastornos del desarrollo), que posteriormente llevan a una disfunción o pérdida fisiológica, anatómica o mental en sistemas corporales específicos (Melzer, 2000).

La funcionalidad del adulto mayor tiene relación con la independencia la cual se conceptualiza como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria; es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás o de aparatos. La pérdida de la funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de la autonomía y aparición de dependencia. La pérdida de la autonomía e independencia, lesiona principalmente las actividades de tipo instrumental donde se incluye el desplazarse fuera de su ámbito o entorno donde vive, pero si esta pérdida es progresiva afecta la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que tienen relación con el autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar (Isaac, Comollonga & Izquierdo, 2002).

La funcionalidad se manifiesta por la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Esta capacidad se puede ver afectada por la alteración en capacidades sensoriales como visual y auditiva

así como alteraciones en el estado de ánimo manifestado en esta etapa de la vida como depresión. Estas manifestaciones en conjunto generan mayor vulnerabilidad en el adulto mayor con grave efecto en sus niveles de autonomía (Varela-Pinedo, Chávez-Jimeno, Gálvez-Cano & Méndez-Silva, 2005).

Respecto a la funcionalidad visual, en general los adultos mayores mantienen su capacidad visual suficiente para realizar las actividades de la vida diaria; sin embargo, a partir de los 70 años se alteran los órganos visuales lo que genera una disminución en esta capacidad sensorial como producto principalmente de cambios anatómicos, como la elasticidad de los párpados que en ocasiones provocan su caída o suspensión. La cornea es quizá la primera parte del ojo que se afecta con la edad, aparece el “arco senil”, y la pupila reduce su tamaño así como el iris disminuye su capacidad de acomodación, dando como resultado que también el cristalino se opaca y se hace rígido lo cual genera problemas visuales.

A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, lo que produce pérdida de la agudeza visual con los años y respuesta lenta a las condiciones de la luz (Gac, 2000; Hooyman & Kiyak, 2005). Estos cambios producen disminución en la función visual cercana y lejana lo cual afecta la función diaria de los adultos mayores (Grac, 2000).

En relación a los cambios en la capacidad auditiva, en el oído externo se produce acumulación de cerumen, lo que dificulta la audición. Además con el incremento de la edad se genera un adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades altas. La pérdida de la audición es principalmente de origen sensorineural y ocurre cuando tanto el oído como componentes nerviosos no funcionan apropiadamente con lo que se ven afectados principalmente la conducción ósea y aérea. Los problemas funcionales auditivos más comunes son la pérdida de la habilidad para

detectar el volumen de los sonidos y la inhabilidad para detectar frecuencias altas (Gac, 2000; Gallean, 1995).

En referencia a los trastornos cognitivos, los cuales se asocian con enfermedades degenerativas como es el Alzheimer, generan deterioro no sólo en la habilidad mental sino también en las capacidades físicas. Las alteraciones cognitivas afectan la memoria, el juicio y el cálculo, esto puede verse reflejado en alteraciones relacionadas con la ejecución de tareas que implican funciones perceptivas, visuales, ejecutivas, de planificación así como la organización de ideas para llevar a cabo indicaciones requeridas para el diario vivir. La prevalencia de trastornos cognitivos aumenta con la edad por lo que los adultos mayores son susceptibles de padecerlos (Ocampo, 2004).

En cuanto a la depresión, es un padecimiento frecuente en los adultos mayores, afecta principalmente la dimensión afectiva manifestada por tristeza, llanto, apatía, pérdida de interés. Otras dimensiones afectadas por la depresión son la cognitiva manifestada por desesperanza, negligencia y culpabilidad y la somática, por cambio de energía, del apetito y del sueño. La depresión tiene repercusiones en las capacidades funcionales del adulto mayor así como en el deterioro cognoscitivo (Castro, Ramírez, Aguilar & Díaz, 2006; d'Hyver & Gutiérrez, 2006).

La funcionalidad en el adulto mayor también se ve afectada por los procesos de hospitalización, los cuales constituyen un proceso de transición de una condición de salud a otra. La transición es el paso de una etapa, condición o estado de vida a otra y el resultado de la interacción entre la persona y el medio ambiente (Zea-Herrera & Torres-Marín, 2007).

De acuerdo a la perspectiva persona-medio ambiente, a medida que la persona envejece debe interactuar con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales los cuales demandan una adaptación e interacción de la persona, entendida ésta como un proceso dual que permite al individuo ajustarse a las características del ambiente social y físico.

Esto se manifiesta en la medida que la persona se adapte o responda a los cambios (Lawton & Nahemow, 1969).

La presión ambiental que se ejerce en el adulto mayor puede variar de acuerdo a sus demandas y su interacción con el medio ambiente, en el caso de la hospitalización, es necesario asegurarse que el adulto mayor aprenda a mantener su propio nivel de competencia, estimular su participación activa y ejercer presión en él y desafiarlo a evitar el decline funcional. En la medida que al adulto mayor se le permita realizar sus actividades podrá mantener su autonomía y nivel de competencia.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados con las variables de estudio, primeramente se incluyen los estudios realizados en población abierta, posteriormente en población hospitalizada.

Cardona-Araujo, Estrada-Restrepo y Agudelo-García (2003) realizaron un estudio con el propósito de identificar y analizar la autonomía y las redes de apoyo social con que cuenta la población adulta. El estudio se realizó en Medellín Colombia, a través de una encuesta telefónica a 637 adultos mayores de 65 años a más registrados en la Encuesta de Calidad de Vida. Los hallazgos reportan que el 96% de los encuestados realizó las actividades básicas cotidianas de carácter físico, como tomar los alimentos, utilizar correctamente los servicios sanitarios, manejar la continencia, higiene personal, autocuidado y vestirse, el 22.5% manifestó que bañarse solo es la actividad para la que están más incapacitados.

El 80% de los encuestados reportó capacidad para realizar las actividades más complejas de tipo instrumental como es el salir solo a la calle, usar el transporte, tomar sus medicamentos, hacer su propia comida, realizar trabajo liviano y de esfuerzo en casa, cortarse las uñas y usar el teléfono. El 68% reportó utilizar anteojos y el 10% utilizó bastón, el 1% utiliza audífonos como aditamento para escuchar.

Bayarre – Vea (2000) realizó un estudio con el propósito de explorar la prevalencia y factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor de la ciudad de La Habana y Las Tunas, Cuba. El universo de estudio para la Ciudad de la Habana fue de 728 mientras que para Las Tunas fue de 698. La mayor prevalencia de la discapacidad física correspondió al sexo femenino para ambas ciudades reportando niveles de 40.4% (masculinos 24.9%) para la población de la Ciudad de la Habana y el 39.6% para Las Tunas (masculinos 28.5%).

En relación a las actividades instrumentales de la vida diaria en los participantes de La Habana la mayor dificultad fue para manejar las finanzas y transportarse en un 20%. La menor limitación fue para el manejo de medicamentos y la capacidad para usar el teléfono, mientras que para Las Tunas la mayor limitación fue para la realización de compras, con 26.8% y en la responsabilidad de manejo de medicamentos en un 12.3%.

Corrales-Fernández, Tardon-García y Cueto-Espinar (2000) realizaron un estudio descriptivo en mayores de setenta años, con el objetivo de perfilar al anciano que reside en la comunidad, de acuerdo al estado funcional, calidad de vida, así como aquellas circunstancias que pueden condicionar una situación de riesgo. El estudio se realizó en una muestra aleatoria de 300 participantes de los cuales el 55% fue mujeres y el 45% varones, en un 31% se encontró depresión, el 80% presentaba pluripatologías, el 12% había tenido una hospitalización en el semestre previo a la entrevista, el 50% era independiente para las actividades de la vida diaria y dependiente para al menos una actividad instrumental de la vida diaria.

Las diferencias significativas entre la dependencia en la situación de continencia y en las actividades domésticas de las actividades instrumentales de la vida diaria se reflejaron en la preparación de la comida, cuidado de la casa y lavado de ropa. En el estudio detectaron a 90 ancianos con patología los cuales fueron valorados por un equipo de atención primaria bajo criterios protocolizados, encontraron que el 62% presentaba depresión, el 34% se les detectó incontinencia urinaria y al 18% alteraciones auditivas.

Formiga-Francesc, Chivite, Casas, Manito y Pujol (2005) realizaron un estudio sobre la valoración funcional en 188 pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca que ingresaron por el servicio de emergencias. El propósito del estudio fue evaluar la utilidad de incorporar la valoración funcional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria).

Reportaron que el 67% correspondía al sexo femenino con una edad media de 84.5 años. Durante la hospitalización fallecieron 25 (13%), la capacidad funcional se valoró con la escala del índice de Barthel mediante entrevista que se le realizó al cuidador o al paciente. Se le preguntó acerca de la funcionalidad en las actividades básicas e instrumental de la vida diaria en las dos semanas previas a su ingreso hospitalario; asimismo, se realizó la misma valoración al momento del alta. Encontraron que se incrementó en forma significativa la pérdida de la funcionalidad al egreso hospitalario.

García-García (2000) realizó un estudio sobre la situación de salud del adulto mayor, con datos de mortalidad, morbilidad, así como la funcionalidad para realizar determinadas actividades y mantener la autonomía o independencia para valerse por sí mismo. El estudio se realizó en cuatro regiones de México que se identificaron como Zona Metropolitana, Centro, Norte y Sur, con una muestra de 15,474 personas de las cuales 689 tenían entre 60 y 64 años y 544 entre los 65 a 69 años lo que corresponde al 8% del total de la muestra.

La presencia de discapacidad y problemas de salud avanzados se asociaron con los grupos de edad, el 40% de los adultos mayores de 60 años presentó dificultad en dos de las actividades de la vida diaria, el grupo de 70 años a más presentó dificultad en tres de las actividades. El sexo femenino presentó mayor discapacidad con 85% mientras que para los hombres fue de 59.7%. En el grupo de edad de 60 años a más la discapacidad auditiva fue de 52%, en la visual fue de 48% y en la motriz fue de 50%, en el grupo de

70 años a más se reportó discapacidad auditiva en 40%, en visual de 30% y motriz de 36%.

Graf (2006) realizó un análisis de los estudios relacionados con la declinación funcional de los adultos mayores con el propósito de conocer los factores que ocasionan la disminución funcional en adultos mayores hospitalizados. En los hallazgos reporta que de 1,279 adultos mayores hospitalizados por enfermedades médicas agudas, el 31% experimentó una disminución de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria desde la pre-admisión hasta el tiempo de egreso hospitalario.

Durante los tres meses posteriores del egreso hospitalario el 15% falleció, el 36% presentó un nuevo deterioro en una actividad instrumental de la vida diaria, de este porcentaje el 16% de los pacientes falleció al reingresar a hospitalización, mientras que el 13% mejoró en su capacidad funcional y el 7% no presentó cambios.

Peláez et al. (2005) realizaron un estudio descriptivo con el propósito de describir la metodología empleada en la encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) aplicada a la Población de América Latina y el Caribe. El propósito de la encuesta (SABE) fue evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de siete ciudades de América Latina entre las que se incluyó la Cd. de México y el Caribe

En México, D. F. el 30% de los adultos mayores entre las edades de 60 a 75 años, reportó dificultad en una a dos actividades de la vida diaria, mientras que para tres o más actividades representó el 20%, el porcentaje de hombres con limitante funcional y dificultad con una a dos actividades fue de 8 a 13%, en comparación con la mujer que fue del 15 al 19%. En relación con las actividades instrumentales, el 20% de los hombres reportó limitación en una a dos actividades instrumentales y el 5% en tres a más, respecto a las mujeres el 10% reportó limitación de una a dos actividades instrumentales y el 9% en tres a más actividades instrumentales.

Gamarra-Samaniego (1999) realizó un estudio prospectivo, con el propósito de evaluar el deterioro funcional del adulto mayor durante la hospitalización. La muestra

correspondió a 201 pacientes que ingresaron a la sala de Medicina Interna de un Hospital en Lima Perú. La edad promedio fue de 75.7 años, el promedio de estancia hospitalaria fue de 12 días. Al momento de la admisión hospitalaria se encontró que un 41.3% presentaba un deterioro funcional con limitación para realizar de una a tres de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y al momento del alta hospitalaria se incrementó a 68.7% lo que significó que no podían realizar de tres a más ABVD.

En la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD el 77.6% requería ayuda para realizar de tres a más AIVD siendo los varones los que más ayuda requerían para las actividades de limpieza del hogar y lavado de ropa. Entre los factores asociados a la aparición de complicaciones se encontró la edad avanzada, las estancias prolongadas, la existencia de enfermedad neurológica, estado de salud pobre y la inhabilidad de realizar tanto las ABVD y las actividades instrumentales previas a su ingreso.

Sabartes et al. (2003) realizaron un estudio con el propósito de analizar y estudiar las características de adultos mayores frágiles hospitalizados con patología respiratoria crónica y las necesidades de recursos sanitarios al alta del hospital, el estudio fue tipo observacional descriptivo, en 171 pacientes de los cuales 125 eran hombres y 46 mujeres. La estancia promedio fue de 11.2 días, la edad promedio fue de 75.8 años. Reportaron que un 85% de los participantes presentaban independencia en las actividades de la vida diaria al ingreso, y en el momento del egreso la independencia disminuyó a 75%; el 10% presentó depresión y el 47.95% déficit en lo visual y auditivo.

Sandoval y Varela (1998) realizaron un estudio con el propósito de comparar la funcionalidad del paciente adulto mayor ambulatorio que acude al consultorio de geriatría y pacientes hospitalizados. Estudiaron a 84 pacientes mayores de 60 años como ambulatorios y 84 pacientes hospitalizados. El estudio se llevó a cabo en un Hospital de Perú. La edad promedio fue de 73.05 años en el paciente ambulatorio mientras que para el hospitalizado fue de 77.08 años, en ambos grupos predominó el sexo femenino. Se

reportó de acuerdo al índice de Katz que la independencia fue del 77.3% para paciente ambulatorio y de 59.5% para los pacientes hospitalizados. Se evidenció mayor deterioro en el grupo de 70 a 79 años en ambos grupos de pacientes ambulatorios y hospitalizados.

En síntesis los estudios revisados señalan que existe una pérdida gradual de la funcionalidad conforme se incrementa la edad, que el deterioro funcional del adulto mayor se manifiesta más en el sexo femenino y en los grupos de 75 años a más. Los adultos mayores del sexo masculino reportan mayor dificultad para llevar a cabo las actividades del tipo instrumental como es el manejo de medicación, uso del teléfono, finanzas y compras. Asimismo, los estudios reportan que los adultos mayores presentan discapacidad en la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria, visual y auditivo así como depresión.

Se reporta que los adultos mayores cuando se encuentran hospitalizados, desde el segundo día de su ingreso pueden presentar un decline funcional con limitación para llevar a cabo actividades de la vida diaria como asearse, vestirse, bañarse y control de esfínter.

Se encontró poca evidencia de estudios realizados para valorar la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria, la auditiva, visual y depresión del adulto mayor durante el ingreso al hospital o durante la hospitalización en instituciones de salud privados de tercer nivel, la mayoría de los estudios se ha realizado en instituciones hospitalarias del sector público.

Definición de Términos

Funcionalidad para realizar actividades de la vida diaria, es la capacidad del adulto mayor para realizar en forma independiente las actividades de la vida diaria como comer, bañarse, aseo personal, vestirse, evacuaciones, micción, uso del sanitario, trasladarse, deambular y utilizar escalones.

Depresión, es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan el estado de ánimo de los adultos mayores se manifiesta por tristeza, llanto, apatía y pérdida de interés para realizar las actividades.

Funcionalidad visual, se refiere a la capacidad del adulto mayor para ver objetos cercanos y/o a distancias cortas y la adaptación a la luz.

Funcionalidad auditiva, es la capacidad del adulto mayor de percibir el sonido de la transmisión ósea por medio de una prueba rápida.

Funcionalidad cognitiva se refiere a la capacidad del adulto mayor para ejecutar tareas que implican funciones perceptivas, visual espacial, visuoconstructivas, actividades ejecutivas y actividades de planificación.

Características sociodemográficas se incluyen edad y género, edad es el número de años cumplidos reportados por los adultos mayores participantes y género se refiere al sexo de adulto mayor en término de masculino y femenino.

Objetivo General

Determinar la funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado.

Objetivos Específicos

1. Identificar la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, visual, auditiva y cognitiva del adulto mayor de acuerdo al género.
2. Determinar la presencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado.

Hipótesis

1. Los adultos mayores del sexo femenino presentan mayor nivel de dependencia para realizare las actividades de la vida diaria respecto a los del sexo masculino.

2. La presencia de depresión en el adulto mayor se asocia con la presencia de dependencia funcional en las actividades de la vida diaria, visual, auditiva y cognitiva.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se incluye el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de la información, estrategias para el análisis de los resultados, así como las consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional. De acuerdo con Polit y Hungler (1999), el diseño es descriptivo cuando el objetivo del estudio es observar, describir y documentar aspectos que ocurren de manera natural. El diseño es correlacional cuando existe una interrelación o asociación entre dos variables, para el presente estudio se buscó la interrelación entre las características sociodemográficas y la funcionalidad de los adultos mayores hospitalizados.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo constituida por adultos de 60 años a más que ingresaron al área de hospitalización de un hospital privado de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, N. L. El tipo de muestreo fue probabilístico sistemático, con un inicio aleatorio, se consideró uno de cada dos pacientes.

El tamaño de la muestra se estimó a través del paquete n-Query Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) para un análisis de intervalo de confianza para proporciones ajustado para población finita. Se consideró una población de 450 adultos mayores hospitalizados en un período de tres meses, un nivel de significancia 0.05, un intervalo de confianza bilateral, una proporción esperada de adulto mayor con alteración funcional de 0.20, dando como resultado 159 adultos mayores participantes en el estudio.

Criterios de Inclusión

Adultos mayores ubicados en tiempo, lugar y persona.

Criterios de Exclusión

Adultos mayores que se encuentren en estado de salud grave o reportada en la historia clínica con demencia senil.

Adultos mayores con reposo absoluto y/o con dificultad para hablar y escribir.

Instrumentos de Medición

Para medir las características personales de los pacientes se utilizó una Cédula de Datos de Identificación, que contiene información relacionada con la edad, sexo, estado civil, diagnóstico de ingreso, escolaridad, ocupación y enfermedades de tipo agudo o crónico que padece (Apéndice A).

Para valorar la dependencia e independencia funcional se utilizó la escala de valoración de las actividades de la vida diaria de Barthel (1965). Es una escala ordinal que incluye 10 áreas de AVD: comer, baño, aseo personal, vestirse, continencia urinaria y fecal, uso del sanitario, traslado, deambulación y uso de escalones. Tiene un puntaje máximo de 100 para independencia y menor de 20 para dependencia total. Los reactivos de comer, bañarse, aseo personal, vestirse, evacuaciones, micciones, uso del sanitario y utilizar escalones se miden de 0 puntos para dependencia y hasta 10 para independencia. Deambular y trasladarse tienen un puntaje de 0 a 15, es decir 0 para dependiente y 15 para independencia. El grado de dependencia se clasifica de acuerdo a la puntuación que obtenga el adulto mayor en la valoración.

Se considera como dependencia total cuando el puntaje es menor de 20 puntos, dependencia grave entre 20-35 puntos, dependencia moderada de 40-55 puntos, dependencia leve igual o más de 60 puntos. El puntaje máximo es para la independencia total con 100 puntos (Apéndice B). Para fines del análisis estadístico la funcionalidad se

clasificó en dependiente e independiente, dependiente cuando se encontró dependencia leve, moderada, grave y total e independiente cuando la valoración no indicó dependencia para ninguna de las actividades de la vida diaria.

Para valorar la funcionalidad de la vista se utilizó un instrumento de valoración visual diseñado por el National Institute on Disability and Rehabilitation Research (Instituto Nacional de la Investigación en Discapacidad y Rehabilitación de los Estados Unidos, 1996) por medio del cual se valoraron los problemas visuales a partir de aspectos funcionales que reflejan alteraciones de visión cercana, lejana y adaptación a la luz. Está constituido por 13 reactivos referentes a las dificultades en algunas funciones diarias tales como leer, identificar personas, señales y adaptación a la luz. Las opciones de respuesta son dicotómicas y se les asigna un valor de cero cuando no representa un problema y uno cuando presenta un problema, el puntaje máximo es de 13 y el mínimo de cero. Presenta déficit de la capacidad visual cuando el puntaje es de nueve a más (Apéndice C).

Para la valoración auditiva se utilizó un audioscopio que emite tonos puros de 250, 500, 1000 y 2000 Hertz, esto permite valorar la agudeza auditiva, se trasmite un tono con cada frecuencia en donde el paciente indica si escuchó o no el sonido. Se valora de 0 a 3 puntos. Se considera normal cuando el paciente escucha igual por los dos oídos (puntaje de 0), con alteración de oído derecho cuando el paciente manifiesta que no escucha por ese oído (puntaje de 1), con alteración de oído izquierdo cuando el paciente manifiesta que no escucha por ese oído (puntaje de 2), se considera alteración bilateral cuando no escucha (puntaje de 3) (Apéndice D). Para el análisis estadístico la funcionalidad auditiva se clasificó como audición normal y con alteración (alteración en oído derecho, izquierdo y bilateral).

Para valorar la funcionalidad cognitiva se utilizó la Escala de valoración del Test del Dibujo del Reloj (TDR) es una prueba diseñada por Battersby, Bender, Pollack y Kahn (1956). Esta prueba se considera sencilla, rápida y de fácil aplicación para la

detección precoz de deterioro cognitivo; valora la capacidad para ejecutar tareas que implican funciones perceptivas, visual espacial, visuoconstructivas, actividades ejecutivas, actividades de planificación, así como la organización visual y motora al escuchar la indicación y que la lleve a cabo (escucha las instrucciones, la almacena en la memoria, al momento de dibujar las manecillas recupera esta información) el total de la escala para la valoración es de 0 para déficit severo a 10 puntos que es normal.

El test valora 3 aspectos que son esfera, números y agujas de las manecillas del reloj, el puntaje máximo para el dibujo de la esfera es de 2, para la presencia y secuencia de los números es de 4, para la presencia y ubicación de las agujas el máximo es de 4 puntos. Se considera normal cuando el puntaje es de 9 a 10, déficit mínimo un puntaje de 8, déficit leve de 6-7, déficit moderado de 4 a 5 y déficit severo de 0-3 (Apéndice E). Para el análisis estadístico inferencial se clasificó en funcionalidad cognitiva normal y con déficit (se asignó para el déficit leve, moderado y severo).

Para valorar la depresión se utilizó la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (Sheik & Yesavage, 1986) este instrumento mide aspectos relacionados con el estado de ánimo, el instrumento consta de 15 preguntas con opción de respuesta dicotómica (si/no). Se le asigna un punto si la respuesta corresponde a un síntoma depresivo de acuerdo a lo establecido en el instrumento. La depresión se determina por el valor total del puntaje. Se considera normal con un puntaje de 0-5, depresión leve cuando el puntaje es de 6-9, y depresión severa cuando el puntaje es igual o mayor de 10 (Apéndice F). Para el análisis estadístico inferencial se consideró normal y con depresión (se asignó la presencia de depresión leve y severa).

Procedimiento de Recolección de la Información

Se solicitaron los permisos correspondientes de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León,

así como a la Dirección General y Dirección de Enfermería del hospital privado participante (Apéndice G).

Posteriormente se inició la recolección de la información; para esto se consultó el registro electrónico de los ingresos hospitalarios de los pacientes adultos de 60 años a más. Fue necesario revisar la base de datos en dos ocasiones en horario diferente durante el día, el primer horario fue a las 8:00 hrs. para identificar los ingresos de las 15:01 del día anterior a las 7.59 hrs. del día de la revisión; el segundo horario fue a las 15:00 hrs., donde se obtuvieron los ingresos de las 8:00 a las 14.59 del día. Una vez seleccionados los ingresos en forma aleatoria, se cuidó que las valoraciones fueran realizadas dentro de las primeras 24 horas de ingreso del paciente de acuerdo a la disponibilidad del mismo y sin afectar el tratamiento médico y cuidados de enfermería.

Se acudió al piso donde se encontraba el paciente hospitalizado seleccionado aleatoriamente, se localizó a la enfermera responsable del paciente y se le explicó el propósito del estudio; se revisó la historia clínica para verificar los criterios de inclusión y exclusión, enseguida se acudió a la habitación del paciente, se le explicó el objetivo del estudio, en que consistía su participación y se les solicitó su colaboración; a todos aquellos que aceptaron participar se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado (Apéndice H).

En seguida se procedió a la recolección de datos en el siguiente orden, en primer lugar se le aplicó la cédula de datos de identificación del paciente, en seguida se procedió con la escala de valoración de las actividades de la vida diaria, en donde se le preguntó si requería ayuda para realizar actividades como comer, bañarse, aseo personal, vestirse, si ha presentado dificultad para evacuar o miccionar, uso del sanitario, trasladarse, deambular y utilizar escalones, se le preguntó si tenía alguna duda o comentario antes de pasar a la siguiente valoración. Posteriormente se le aplicó el cuestionario que corresponde a la valoración funcional de la vista donde se le preguntó si tenía dificultad para ver objetos cercanos o lejanos.

La siguiente valoración fue la correspondiente a la funcionalidad auditiva para lo cual se utilizó la prueba de audioscopía. Se continuó con la valoración de la alteración en la función cognitiva a través del test del reloj.

Por último, se le aplicó la escala que corresponde a la valoración de depresión de Yesavage donde se le explicó que al escuchar las preguntas contestara como respuestas sí o no según correspondía.

Al concluir las valoraciones se le preguntó al paciente, familiar o acompañante si tenía algún comentario o pregunta que deseara realizar, finalmente se le agradeció al paciente su participación y se le notificó a la enfermera responsable los problemas de funcionalidad identificados con la finalidad de que fueran considerados en el plan de cuidado.

Estrategias para Análisis de los Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 15.0. Para los objetivos uno y dos se obtuvieron estadística descriptiva: frecuencias y proporciones. Para responder a la hipótesis uno y dos se utilizó la prueba estadística de X^2 Pearson.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud 1987), específicamente en los siguientes apartados:

Respecto al Artículo 13 se consideró el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

De acuerdo con el Artículo 14, fracciones V, VII y VIII se solicitó el consentimiento informado, a todos los participantes se les dio una explicación clara y completa de la forma como se realizarían las valoraciones funcionales. El estudio contó

con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación, así como de la Dirección General y Dirección de enfermería del hospital participante.

Respecto al Capítulo I, Artículo 17, se tomó en cuenta la fracción I la cual manifiesta el tipo de riesgo implicado en la persona participante, este estudio se considero sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención, sólo se aplican cuestionarios de lápiz y papel los cuales no contienen temas sensibles y se realizan valoraciones que no generan un riesgo para los participantes.

De acuerdo a los Artículos 20 y 22, todos los participantes autorizaron su intervención libremente, se les aclaró cualquier duda relacionada con el estudio así mismo, que tenían la libertad de retirarse cuando así lo decidieran. Se garantizó la seguridad y confidencialidad de la información proporcionada. Para dar cumplimiento al Artículo 22 se le pidió a cada participante su firma de autorización.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de la valoración funcional del adulto mayor hospitalizado. En primer lugar se presenta la estadística descriptiva correspondiente a las características sociodemográficas de los participantes del estudio, posteriormente se muestra la estadística correspondiente a la valoración funcional y finalmente la estadística inferencial.

Características Sociodemográficas de los Participantes

A continuación se presenta información descriptiva relacionada con algunas características sociodemográficas de los adultos mayores hospitalizados en una institución de salud de tipo privado. En relación a la edad de los participantes, se obtuvo una media de 70.13 años ($DE = 7.36$). En cuanto al género la proporción de mujeres fue ligeramente mayor con un 52.2%. En la tabla 1 se observa que el estado civil con mayor proporción correspondió a casados con 78 %. Respecto a la ocupación el 46.5 % señaló dedicarse al hogar. La escolaridad obtuvo una media de 11.4 años ($DE = 5.17$), al analizar por género, los hombres reportaron mayor escolaridad (13.28 respecto a 9.78 en mujeres).

Tabla 1

Características personales de los participantes: estado civil y ocupación

Características	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estado Civil						
Soltero	3	3.9	5	6.0	8	5.0
Casado	67	88.2	57	68.7	124	78.0
Viudo	6	7.9	19	22.9	25	15.7
Divorciado	-	-	2	2.4	2	1.3
Ocupación						
Jubilado	14	18.4	3	3.6	17	10.7
Empleado	5	6.6	3	3.6	8	5.0
Hogar	11	14.5	63	75.9	74	46.5
Práctica	24	31.6	6	7.2	30	18.9
Independiente						
Negocio Propio	22	28.9	8	9.7	30	18.9

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n=159

En la tabla 2 se muestra la causa de hospitalización de los adultos mayores así como la especialidad a la que corresponde y el antecedente de padecimientos de tipo crónico. Se observa que la causa de hospitalización predominante fue por un motivo agudo, en cuanto a la especialidad el 53.5% correspondió a medicina interna. Es importante destacar que el 76.7% de los pacientes padece al menos una enfermedad de tipo crónica.

Tabla 2

Causa de hospitalización, especialidad y antecedentes de padecimientos crónicos

Motivo de ingreso	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Causa de hospitalización						
Enfermedad aguda	49	64.5	64	77.1	113	71.1
Enfermedad crónica	27	35.5	19	22.9	46	28.9
Especialidad						
Medicina interna	43	56.6	42	50.6	85	53.5
Cirugía general	23	30.3	14	16.9	37	23.3
Traumatología	10	13.2	22	26.5	32	20.1
Ginecología	-	-	5	6.0	5	3.1
Antecedente de padecimientos crónicos						
Si	58	76.3	64	77.1	122	76.7
No	18	23.7	19	22.9	37	23.3

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n=159

En la tabla 3 se observan los diagnósticos al ingreso hospitalario, en los adultos mayores que ingresaron por alguna causa aguda, se presentaron en mayor proporción las fracturas y/o esguinces y dolor abdominal con un 25.2 % y 25.8% respectivamente, seguido de síndrome coronario agudo con un 8.8%. En cuanto a los padecimientos crónicos ocupó el primer lugar la insuficiencia circulatoria periférica con 5.7%, en segundo lugar las enfermedades de crisis hipertensiva, taquicardia ventricular y cáncer con un 5.0%, en tercer lugar se ubicaron la descompensación por diabetes e hipertensión con un 5.3%.

Tabla 3

Diagnóstico al ingreso hospitalario de los adultos mayores

Diagnósticos	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Agudo						
Fractura o esguince	14	18.4	26	31.3	40	25.1
Dolor abdominal	15	19.8	26	31.3	41	25.8
Accidente cerebro-vascular	2	2.6	-	-	2	1.2
Síndrome coronario agudo	9	11.9	5	6.0	14	8.8
Prostatitis	7	9.2	-	-	7	4.4
Neumonía	2	2.6	7	8.5	9	5.7
No aplica porque es crónico	27	35.5	19	22.9	46	29.0
Crónico						
Crisis Hipertensiva	3	3.8	5	6.0	8	5.0
Taquicardia ventricular	4	5.2	4	4.8	8	5.0
Enfermedad obstructiva pulmonar	4	5.2	-	-	4	2.5
Crónica						
Insuficiencia Vascular	7	9.1	2	2.4	9	5.7
Descompensación de hipertensión y	5	6.5	2	2.4	7	4.5
Diabetes						
Cáncer	4	5.2	4	4.8	8	5.0
Histerectomía	-	-	2	2.4	2	1.2
No aplica porque es agudo	49	65.0	64	77.2	113	71.1

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n=159*Funcionalidad de los Adultos Mayores*

A continuación se presenta la situación de los adultos mayores respecto a la funcionalidad en actividades de la vida diaria, en la tabla 4 se observa que los hombres presentan mayor dependencia para vestirse (19.4%) y las mujeres para trasladarse

(17.2%). Ambos sexos presentaron una dependencia superior al 15% para deambular así como para utilizar escalones.

Tabla 4

Funcionalidad en actividades de la vida diaria

Actividades	Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Comer				
▪ Dependiente	3	3.9	4	4.6
▪ Independiente	69	95.8	83	95.4
Bañarse				
▪ Dependiente	8	11.1	8	9.2
▪ Independiente	64	88.9	79	90.8
Aseo personal				
▪ Dependiente	5	6.9	7	8.0
▪ Independiente	67	93.1	80	92.0
Vestirse				
▪ Dependiente	14	19.4	5	5.7
▪ Independiente	58	80.6	82	94.3
Evacuaciones				
▪ Incontinente	8	11.1	9	10.3
▪ Continente	64	88.9	78	89.7
Micciones				
▪ Incontinente	6	8.3	11	12.6
▪ Continente	66	91.7	76	87.4
Uso de sanitario				
▪ Dependencia	6	8.3	8	9.2
▪ Independiente	66	91.7	79	90.8
Trasladarse				
▪ Dependiente	9	12.5	15	17.2
▪ Independiente	63	87.5	72	82.8
Deambular				
▪ Dependiente	11	15.3	14	16.1
▪ Independiente	61	84.7	73	83.9
Utilizar escalones				
▪ Dependiente	13	18.1	19	21.8
▪ Independiente	59	81.9	68	78.2

Fuente: Valoración de AVD de Barthel

n=159

En la tabla 5 se presenta el nivel de dependencia de los adultos mayores respecto a la funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria, se observa que el sexo femenino presenta mayor dependencia (19.3%) respecto a los masculinos (14.5%). Ambos presentan un mayor nivel de dependencia de tipo leve, seguido de dependencia moderada para las mujeres y grave para los hombres.

Tabla 5

Nivel de dependencia en actividades de la vida diaria

Nivel de dependencia	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Total	1	1.3	1	1.2	2	1.3
Grave	2	2.6	1	1.2	3	1.9
Moderada	1	1.3	2	2.4	3	1.9
Leve	7	9.2	12	14.5	19	11.9
Independencia	65	85.5	67	80.7	132	83.0

Fuente: Valoración de AVD de Barthel

n=159

En la tabla 6 se muestran los resultados de la valoración visual por género, se observa que sólo el sexo femenino mostró déficit visual con un 7.2%. Al analizar cada una de las preguntas de forma independiente se encontró que ambos sexos presentaban déficit para ver en luz tenue así como para ver las etiquetas de los medicamentos, con mayor proporción en el sexo femenino.

Tabla 6

Valoración visual del adulto mayor

Funcionalidad visual	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin déficit	76	100	77	92.8	153	96.2
Con déficit	-	-	6	7.2	6	3.8

Fuente: Valoración de la Funcionalidad Visual

n=159

Referente a la valoración auditiva, en la tabla 7 se muestra una mayor alteración auditiva en el sexo masculino (31.6%) respecto al femenino (25.3%). La alteración del oído derecho fue similar para ambos sexos; sin embargo, la alteración del oído izquierdo y bilateral predominó en el sexo masculino.

Tabla 7

Valoración auditiva en adultos mayores

Funcionalidad auditiva	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Audición normal	52	68.4	62	74.7	114	71.7
Alteración oído derecho	9	11.8	9	10.8	18	11.3
Alteración oído izquierdo	8	10.5	5	6.0	13	8.2
Alteración bilateral	7	9.2	7	8.4	14	8.8

Fuente: Prueba de Audiometría

n=159

En relación a la valoración cognitiva los resultados que se muestran en la tabla 8 reflejan un mayor déficit cognitivo en el sexo femenino (45.8%) en relación con el sexo masculino (42.1%). El déficit leve fue similar para ambos sexos, sin embargo, las

mujeres presentan mayor déficit de tipo severo, mientras que los hombres presentan mayor déficit de tipo moderado.

Tabla 8

Funcionalidad cognitiva de los adultos mayores

Funcionalidad Cognitiva	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	44	57.9	45	54.2	89	56.0
Déficit leve	17	22.4	19	22.9	36	23.0
Déficit moderado	8	10.5	6	7.2	14	8.6
Déficit severo	7	9.2	13	15.7	20	12.4

Fuente: Escala de Test del Reloj

n=159

A continuación se presenta la valoración de la presencia de depresión, en la tabla 9 se observa que en el sexo femenino el 13.2% presentó depresión, respecto al 11.8% de los masculinos. En ambos sexos predominó la depresión leve.

Tabla 9

Nivel de depresión en adultos mayores y por género

Nivel	Masculino		Femenino		Totales	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	67	88.2	72	86.7	139	87.4
Depresión leve	7	9.2	9	10.8	16	10.1
Depresión severa	2	2.6	2	2.4	4	2.5

Fuente: Valoración de Depresión de Yesavage

n=159

Estadística Inferencial

Para determinar si los adultos mayores del sexo femenino presentan mayor nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria respecto a los del sexo masculino, se aplicó la prueba de X^2 , el resultado mostró que no hay diferencia significativa en el nivel de dependencia respecto al género, por lo que se rechaza la hipótesis uno.

Para analizar la asociación entre la presencia de depresión con la presencia de dependencia en las actividades de la vida diaria, déficit visual, alteración auditiva y deficiencia cognitiva, se aplicó la prueba de X^2 Pearson. Se encontró que la depresión se asocia con la presencia de dependencia funcional en actividades de la vida diaria, se obtuvo una X^2 Pearson = 5.26; $p=0.02$. Al analizar la asociación entre la presencia de depresión con la presencia de dependencia en cada una de las actividades de la vida diaria, sólo se encontró asociación de la depresión con la dependencia para vestirse, utilizar el sanitario, deambular y utilizar escalones (Tabla 10).

Tabla 10

Asociación de depresión con dependencia en actividades de la vida diaria

Depresión	X^2 Pearson	Valor de p
Vestirse	5.79	.01
Utilizar el sanitario	3.57	.05
Deambular	10.17	.001
Utilizar escalones	8.80	.003

Fuente: Valoración AVD de Barthel

$n=159$

No se encontró asociación entre la presencia de depresión con el déficit visual, así como tampoco con la presencia de deficiencia cognitiva. Al analizar la asociación

con la alteración auditiva, se obtuvo una X^2 Pearson= 5.30; $p= .02$. Los resultados presentados previamente permiten aceptar sólo parcialmente la hipótesis dos.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron conocer la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado para realizar las actividades de la vida diaria, visual, auditiva y cognitiva. Respecto a la funcionalidad en actividades de la vida diaria, un alto porcentaje de los participantes reportó independencia a su ingreso hospitalario, sólo una cuarta parte de ellos presentó dependencia para realizar de una a cuatro actividades de la vida diaria. Este hallazgo fue similar a lo reportado por Sabartes et al. (2003); sin embargo, difiere de lo reportado por Corrales – Fernández et al. (2000), Gamarra-Samaniego (1999) y por Peláez (2005) quienes reportaron un mayor proporción de adultos mayores dependientes.

Esta diferencia pudiera atribuirse a algunas características de los participantes como la escolaridad y el nivel socioeconómico. La media de escolaridad reportada por los adultos mayores del presente estudio fue alta. Lázaro et al. (2007) reportan que la dependencia en AVD se asocia con no contar con estudios básicos de primaria. Además, aunque no se estudió el nivel socioeconómico de los participantes, la población con acceso a hospitales privados es predominantemente de un nivel medio alto y alto. El factor económico juega un papel importante para la salud porque repercute en el acceso a la atención médica privada de alta especialidad. Lo que pudiera explicar que a pesar de que un alto porcentaje reportó la presencia de padecimientos crónicos, esto no fue el motivo de ingreso principal, por lo que pudiera pensarse que mantenían control de su problema de salud crónico.

Cabe destacar que las mujeres presentaron mayor dificultad para trasladarse y ambos sexos para deambular así como para utilizar escalones. Por lo que pudiera asociarse con el diagnóstico de ingreso por motivo agudo, donde las fracturas o esguinces, reportaron la mayor proporción.

A pesar de que los estudios concuerdan en que la funcionalidad en AVD se afecta principalmente en adultos mayores del sexo femenino (Liao et al., 2001; García – García, 2000; Peláez et al., 2005; Wong et al., 2007), en el presente estudio aunque si fueron ligeramente mayores las proporciones de déficit para las mujeres, estadísticamente no se encontró diferencia significativa de acuerdo al género. Tal vez pudiera atribuirse al nivel de escolaridad de las mujeres y probablemente al control de sus padecimientos crónicos.

En relación a la dependencia funcional visual, una escasa proporción de adultos mayores presentó déficit, este resultado es mucho menor a lo reportado por García – García (2000) y Sabartes et al. (2003) quienes encontraron alteración en casi la mitad de los participantes en sus estudios. De los trece reactivos incluidos en esta valoración, sólo en tres reportaron dificultad relacionada con ver letras en cajas o en etiquetas; es decir, con la vista corta. Este hallazgo es relevante de considerar para el personal de enfermería debido a que los adultos mayores podrían tener dificultad para la autoadministración de medicamentos, por lo que se hace necesario el desarrollo de guías de cuidado al egreso hospitalario con el objetivo de ofrecer seguridad y evitar errores del control de la medicación.

En cuanto a la funcionalidad auditiva los resultados del presente estudio reportaron una proporción mayor a la documentada por Corrales – Fernández et al. (2000), pero inferior a los hallazgos de García –García (2000) y Sabartes et al. (2003). Los resultados de la valoración cognitiva reportaron que aproximadamente la mitad de los adultos mayores participantes presentaron déficit cognitivo con predominio de un nivel débil en relación con su capacidad para ejecutar tareas que implican funciones de tipo perceptivas, visuales y ejecutivas, principalmente. Este hallazgo es importante de considerar, el personal de enfermería debe asegurarse que los adultos mayores que presentan un déficit leve tengan claridad en las indicaciones en relación con su tratamiento y en los casos donde identifique un déficit de moderado a severo asegurarse

de que antes de su egreso se instruya al familiar o cuidador para la adecuada recuperación a su problema de salud.

La valoración de presencia de depresión en los adultos mayores indicó que solo uno de cada diez adultos mayores la presenta. Este hallazgo es inferior a lo reportado por Corrales – Fernández et al. (2000); sin embargo, muy similar a lo reportado por Sabartes et al. (2003) quien realizó su estudio con adultos mayores hospitalizados en una institución de alta especialidad, aspecto común con el presente estudio.

Se buscó la asociación entre la depresión y la funcionalidad en AVD, auditiva, visual y cognitiva. Se encontró que la depresión se asocia con la dependencia funcional en actividades de la vida diaria y en especial con la limitación para vestirse, utilizar el sanitario, deambular y utilizar escalones, esto concuerda con lo reportado por Varela (2005) quien señala que la depresión está asociada con la pérdida de autonomía en actividades de la vida diaria. La aparición de dependencia en actividades como el vestirse y utilizar el sanitario pueden afectar emocionalmente a los adultos mayores al ver afectada su privacidad al demandar la ayuda de otras personas.

La depresión también se asoció con la presencia de alteración auditiva, esto pudiera explicarse debido a que la disminución auditiva limita la convivencia social y genera el aislamiento en los adultos mayores lo cual favorece la presencia de depresión. Esto, aunado a la demanda en actividades como deambular y utilizar escalones, lo cual también está asociado con la disminución en la actividad social.

No se encontró asociación entre la presencia de depresión con el déficit visual así como tampoco con el déficit cognitivo. En relación con lo visual esto pudiera atribuirse a la escasa variabilidad encontrada, sólo una mínima proporción de los participantes presentaron la deficiencia. En cuanto al ámbito cognitivo, la falta de asociación pudiera atribuirse a que el déficit presente en los adultos mayores en la capacidad para ejecutar tareas fue leve, lo cual puede no ser percibido por adultos mayores como un problema y por lo tanto, no afectar el estado emocional. Además esta falta de asociación tanto en el

déficit visual como con el cognitivo pudiera atribuirse a la escasa proporción de adultos mayores que presentaron depresión.

La pérdida de la funcionalidad en los ámbitos valorados se ubicó en primer lugar en el ámbito cognitivo, seguido del auditivo, motriz y visual. Este hallazgo difiere de lo reportado por Resano y Olaiz (2003) y Salgado y Wong (2003) quienes encontraron mayor discapacidad en el área motriz, seguida de la visual y auditiva.

La valoración funcional de los adultos mayores a su ingreso hospitalario indicó déficit en todas las áreas valoradas. Este hallazgo demuestra que es importante que las instituciones hospitalarias cuenten con guías de valoración funcional para los adultos mayores que permitan al profesional de la salud identificar oportunamente las necesidades específicas del adulto mayor y planear el cuidado individualizado y al mismo tiempo, incorporar a diferentes profesionales de la salud para ofrecer una atención integral y evitar así, el decline funcional y favorecer la transición del hospital al hogar, esto en consideración a lo reportado en la literatura donde se señala que los adultos mayores presentan un decline funcional desde la admisión hasta el alta (Freedman, 2004; Graf, 2006).

Conclusiones

Una cuarta parte de los adultos mayores participantes en el estudio presentó dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Los hombres presentaron mayor dependencia para vestirse y las mujeres para trasladarse. Ambos presentaron dependencia similar para deambular y utilizar escaleras.

En cuanto a la funcionalidad visual las mujeres presentaron mayor déficit para ver en luz tenue, así como para ver las etiquetas de los medicamentos y para hacer las cosas que les gustan en comparación con lo reportado por los hombres. La valoración auditiva mostró mayor alteración en el sexo masculino, mientras que la valoración

cognitiva reportó mayor déficit en el sexo femenino. Respecto a la depresión, uno de cada diez adultos mayores presentó depresión leve.

Estadísticamente no se encontró diferencias en el nivel de dependencia en realizar las actividades de la vida diaria con el género. La depresión se asoció con la presencia de dependencia funcional en actividades de la vida diaria, en especial con la dependencia para vestirse, utilizar el sanitario, deambular y utilizar escalones. Así mismo, se asoció con la presencia de alteración auditiva. No se encontró asociación entre la depresión y el déficit visual, así como tampoco con la deficiencia cognitiva.

Recomendaciones

Realizar estudios que permitan valorar la funcionalidad del adulto mayor desde el ingreso hasta el egreso hospitalario a fin de poder determinar el decline funcional.

Referencias

- Barthel, J. & Mahoney, J. (1955-1965). Escala de Valoración de Actividades de la vida Diaria. *Revista de Especialidad Geriátrica y Gerontología*, 32 (5), 297-30.
- Battersby, W. S., Bender, M. B., Pollak, M., & Kahn, R. (1956). Escala de Valoración del Test del Dibujo del Reloj. Prueba de Deterioro Cognitivo. Recuperado el 6 de Octubre de 2008 de <http://hipocampo.org/bibliografia.asp#x>.
- Bayarre-Vea, H. (2000). Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba. Recuperado el 6 de Octubre de 2008 de <http://www.scielosp.org/scielo.php>.
- Castro, L. M., Ramirez, Z. S., Aguilar, M. L., & Díaz de Anda, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 39 (4), 132-137.
- Cardona, A. D., Estrada, R. A. & Agudelo, G. H. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulto mayor de Medellín. *Investigación Educación en Enfermería*, 21 (2), 80-91.
- Consejo Nacional de Salubridad (2008). Prestación de Atención para todos los Pacientes. *Estándares para la Certificación de Hospitales en México*, 67-79.
- Corrales-Fernández, E., Tardón-García, A. & Cueto-Espinar, A. (2000). Estado Funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12 (2), 171-175.
- Florez, L. J. (2003). Las crisis del envejecer. *American Journal of Nursing*. LXV (1495), 147-414.
- Formiga, F., Chivite, D., Casas, S., Manito, N. & Pujol, R. (2005). Valoración funcional en pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 59 (7), 740-742.

- Freedman, V. A., Crimmins, E., Shoeni, R. F., Spillman, B. C., Aykan, H. & Kramarow, E. (2004). Resolving inconsistencies in Trends in old age disability: report from a technical working group. *Demography*, 41 (3), 417-441.
- Gac, E. H. (2000). Algunos cambios asociados al envejecimiento. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Universidad Católica de Chile, 19 (1-2).
- Gallen, R. L. (1995). The sensory system and its problems in the elderly. En M. Stanley & P.G. Beare (Eds), *Gerontological Nursing*. Philadelphia, EE. UU. F. A. Davis Company.
- Gamarra-Samaniego, P., (2001). Consecuencias de la hospitalización en el anciano. *Revista Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 14 (2), 1-13.
- García-García, J. (2002). *Perfil epidemiológico del adulto mayor*. Recuperado el 7 Octubre del 2008 de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud>.
- Graf, C. (2006). Functional Decline in Hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106, 58-67.
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2005). *Social Gerontology*. Boston, MA: EE UU: Pearson Education, Inc.
- Instituto Nacional de la Investigación en Discapacidad y Rehabilitación de los Estados Unidos (1996). Instrumento para la valoración visual.
- Isacc, M., Comollonga, I. & Zamarrigo, G. (2002). *Fisiología del Envejecimiento Manual de Geriatría*, (3ª ed.) Madrid 63- 76.
- Joint Commission International (2007). Estándares de Acreditación para Hospitales (3a.ed.) EE.UU. Editorial Permissions.
- Lawton, P. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

- Lázaro, A., Rubio A., Sánchez, S., & García, H. (2007). Capacidad para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital. *Revista Española Salud Pública*, 81, 625-636.
- Liao, Y. L., McGree, D. L., Cao, G. & Cooper, L. S. (2000). Quality of the Last Year of Life of Older Adults. 1986 Vs 1993. *Journal of the American Medical Association*, 283, (4), 512-518.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, León, D. E., Marín, C. & Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de America Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5-6), 1-15.
- Melzer, D. (2000). Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates. *England Journal, Epidemiology Community Health*, 54, (4), 286-292.
- Ocampo, R. A. (2004). *Vejez y Discapacidad*. Recuperado el 27 Noviembre de 2009 de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf
- Peláez, M., Pratts, O., Palloni, A., Hennis, A., Ham-Chande, R., Leon-Díaz, E., Lebrado, M. & Albala, C. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5-6), 307-322.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6a. ed.). México.: McGraw-Hill Interamericana.
- Resano, E. & Olaiz, G. (2003). Las personas de 50 años a más. *Revista Salud Pública de México*, 49 (4), 23-36.
- Sabartes-Fotuny. O., Capsada, A., Marquilla, E., Barrios-Sendra, J., Martin, E., Busquet, C., Sanchez, J., Blavia, R., Escorell, M. & Moreno-Hosta, I. (2003). Deterioro Funcional del anciano frágil con patología respiratorio crónica, valoración multidisciplinar. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 143-150.

- Salgado, S. & Wong, R. (2007). Género y Pobreza determinantes de la salud en la vejez, *Revista Salud Pública de México*, 49 (4), 515-521.
- Sandoval, L. & Varela, L. (1998). Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Recuperado el 6 de Octubre del 2008 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/>.
- Secretaría de Salud (2000). Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Leyes y Códigos de México: Ley General de Salud (11 ed.) México.: Porrúa. 414-438.
- Sheikh, J., Yesavage, J. A., Brooks, J. O., Friedman, L. F., Gratzinger, P., Hill, R. D. & Zadeik, A. (1991). *Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. International Psychogeriatrics*, 3, 23-31.
- Valdivia-Lama, J. (2003). Síndromes geriátricos, características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. *Revista Médica Diagnóstico de Perú*, 42 (2), 47-49.
- Varela-Pinedo, L., Chavez-Jimeno, H. & Galvez-Cano, M. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana*, 16 (3), 165-171.
- Wong, R., Espinoza, M. & Palloni, A. (2007). Adultos mayores Mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49 (4), 437-447.
- Zea-Herrera, M. & Torres-Marín, B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 40-49.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos de Identificación del Paciente

1. Edad _____ años

2. Sexo Masculino _____

 Femenino _____

3. Estado Civil

 Soltero _____

 Separado _____

 Casado _____

 Divorciado _____

 Viudo _____

 Unión libre _____

4. Diagnóstico de ingreso: Tipo de Especialidad

5. Escolaridad: _____ años de estudio

6. Ocupación: _____

7. Enfermedades que padece (agudas y crónicas)

Apéndice B

Escala de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria

Instrucciones: Pregunte al adulto mayor si puede realizar solo las siguientes actividades o requiere algún tipo de ayuda. Marque en la columna derecha el valor correspondiente de acuerdo a lo señalado por el adulto mayor.

Escala de actividades de la vida diaria (AVD) de Barthel	
Comer	
- Totalmente independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable (la comida puede ser cocinada y servida por otra persona)	10
- Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, etc.	5
- Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
Bañarse	
Independiente. Entra y sale solo del baño. Es capaz de lavarse entero.	5
- Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
Aseo personal	
- Independiente. Se lava la cara, las manos y los dientes. Se afeita y maneja el enchufe si utiliza aparato eléctrico, se maquilla.	5
- Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
Vestirse	
- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
- Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
- Dependiente. Necesita ayuda para las tareas	0

Evacuaciones (semana previa)	
- Continente	10
- Accidente ocasional, algún episodio de incontinencia aunque menos de 1 vez por semana, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas/enemas	5
- Incontinente, mas de 1 episodio/24h	0
Micciones (semana previa)	
- Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o de usar cualquier dispositivo por sí solo (botella, orinal)	10
- Presenta algún episodio de incontinencia ocasional, aunque como máxima 1 episodio / 24h, o necesita ayuda para cuidado de sonda	5
- Incontinente, mas de 1 episodio/24h	0
Uso del sanitario	
- Independiente para ir al sanitario, y para quitarse y ponerse la ropa	10
- Necesita ayuda para ir al sanitario, pero se limpia solo	5
- Dependiente	0
Trasladarse	
- Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas, lo hace de manera independiente	15
- Precisa de mínima ayuda física o supervisión	10
- Precisa de gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado	5
- Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por 2 personas. Es incapaz de permanecer sentado	0

Deambular		
- Independiente. Camina solo 50m (puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto andador)		15
- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m, o utiliza andador		10
- Independiente en silla de ruedas sin ayuda. Propulsa silla de ruedas al menos 50m		5
- Dependiente		0
Utilizar escalones		
- Independiente para subir y bajar escaleras		10
- Necesita ayuda física o supervisión		5
- Dependiente. Incapaz de subir escalones		0
Puntuación Total		
100	independiente (90 si va con silla de ruedas)	
≥60	dependencia leve	
40-55	dependencia moderada	
20-35	dependencia grave	
< 20	dependencia total	

Apéndice C

Valoración de la Funcionalidad Visual

Instrucciones: Lea al adulto mayor las siguientes preguntas y marque con una “x” la opción de respuesta proporcionada.

Valoración visual	Sí	No
1. ¿Alguna vez ha sentido que su vista le dificulta hacer cosas que le gustaría hacer?	1	0
2. ¿Puede leer el encabezado del periódico?	0	1
3. ¿Puede leer la letra regular de periódicos, revistas o libros?	0	1
4. ¿Puede leer los números y nombres en un directorio telefónico?	0	1
5. Cuando camina por la calle, ¿puede ver las señales de las calles?	0	1
6. Cuando cruza una calle ¿le parece que los carros aparecen repentinamente?	1	0
7. ¿Los problemas con su visión le dificultan ver TV, jugar cartas, coser y otra actividad parecida?	1	0
8. ¿Los problemas con su visión le dificultan ver las etiquetas de los medicamentos?	1	0
9. ¿Los problemas con su visión le dificultan leer los precios cuando va de compras?	1	0
10. ¿Los problemas con su visión le dificultan leer su correspondencia?	1	0
11. ¿Los problemas con su visión le dificultan leer lo que usted mismo escribe?	1	0
12. ¿Puede reconocer las caras de familiares o amigos cuando ellos están del otro lado del cuarto en el que se encuentra?	0	1

13. ¿Tiene usted particularmente dificultades cuando se encuentran bajo una luz tenue?	1	0
--	---	---

Interpretación en puntos

0- 8 Sin déficit visual

9-13 Con déficit visual

Apéndice D

Valoración de la Funcionalidad Auditiva

Instrucciones: Marque el número que corresponde de acuerdo a la respuesta que el adulto mayor le indique acerca de su audición.

	0	1	2	3
Prueba rápida de audición	Normal	Alteración oído derecho	Alteración oído izquierdo	Alteración bilateral

Apéndice E

Cuestionario para la Valoración Cognitiva (Test del reloj)

Instrucciones: Explique al adulto mayor la actividad que debe realizar, una vez concluida asigne el puntaje que corresponda de acuerdo a su desempeño.

Valoración cognitiva	
Dibujo de la Esfera	Máximo 2 puntos
Dibuje un reloj, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora “11.10”	2
Presencia y Secuencia de los Números	Máximo 4 puntos
Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial	4
Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial	3
Algunas de las siguientes: a) Números faltantes o adicionales aunque sin distorsiones groseras de los números restantes b) Los números están ubicados en sentido anti horario c) Los números están presentes pero están alterados en la disposición genera.	2
Números faltantes o adicionales y errores espaciales	1
Ausencia o pobre representación de los números	0
Presencia y Ubicación de las agujas	Máximo 4 puntos
Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño es normal	4
Errores pequeños en la representación de la agujas o en la diferencia entre las agujas	3

Errores mayores significativos en la ubicación de las agujas	2
Se dibuja una aguja solamente o el dibujo esta distorsionado	1
No se dibujan las agujas o se dibujan varias sin fijar una hora	0
Interpretación en puntos	
9-10 normal	
8 déficit límite	
6-7 déficit mínimo	
4-5 déficit moderado	
0-3 déficit severo	

Apéndice F

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Instrucciones: Lea al adulto mayor las siguientes preguntas y marque con una “x” la opción de respuesta proporcionada.

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage		
Pregunta a realizar	No	Sí
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	1	0
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	0	1
¿Siente que su vida está vacía?	0	1
¿Se encuentra a menudo aburrido?	0	1
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	1	0
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	0	1
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	1	0
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	0	1
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	0	1
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	0	1
¿Cree que es agradable estar vivo?	1	0

¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	0	1
¿Se siente lleno de energía?	1	0
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	0	1
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	0	1

Valor total de puntaje

0-5 Normal

6-9 Depresión leve

= >10 Depresión severa

Apéndice G

Carta de Autorización de la Institución



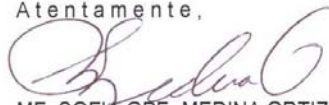
Septiembre 1º del 2009

LIC. SANDRA LUZ PIÑA TABARES
Presente.-

Por medio de la presente me permito darle respuesta a su solicitud para aplicar cuestionario de valoración funcional a pacientes adultos mayores en el área de hospitalización en este Hospital; con el fin de llevar la recolección de información de su proyecto de investigación "**Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado**" Trabajo de Tesis de la Maestría en Ciencias de Enfermería que está llevando en la Facultad de Enfermería de la UANL.

Le agradeceré se presente en esta Dirección para organizar el procedimiento de recolección de esta información.

Atentamente,



ME SOFIA GPE. MEDINA ORTIZ
Directora de Enfermería
Hospital San José Tec de Monterrey

'baof

Apéndice H

Carta de Consentimiento Informado

Título del Estudio: Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado

Introducción y propósito

La Lic. Sandra L. Piña Tabares, estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería, me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado valoración funcional del adulto mayor hospitalizado y me ha informado que los datos que yo le proporcione serán utilizados con fines científicos. Me ha explicado que el propósito del estudio es valorar la funcionalidad en las actividades que realizo en la vida diaria, (comer, bañarme, aseo personal, vestirme, si he evacuado y miccionado, la utilización del sanitario, trasladarme, deambular, utilizar escalones) así como mi funcionalidad visual, auditiva, cognitiva y presencia de depresión.

Me explicó que los datos que le proporcione serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido.

Procedimientos

Me ha informado que participarán en el estudio 159 adultos de 60 años a más que se encuentran hospitalizados. Me hará preguntas relacionadas con la funcionalidad en relación a las actividades de la vida diaria, en depresión, en lo visual, en lo auditivo y dibujaré un reloj para conocer la funcionalidad cognitiva, todo esto en un tiempo promedio de 20 a 30 minutos.

Riesgos

El estudio en el cuál participaré no tiene riesgos para mí ya que solo me harán algunas preguntas.

Beneficios

Se me ha explicado que los resultados del estudio ayudarán a realizar las guías de valoración funcional específica para los adultos mayores, así como para diseñar planes de cuidados acorde a las principales necesidades de este grupo de edad.

Tratamiento

Entiendo que no recibiré tratamiento alguno.

Participación voluntaria/abandono

Participaré en el presente estudio por decisión propia y podré retirarme cuando yo así lo desee, sin que esto genere alteraciones en la atención que reciba ahora o en el futuro.

Preguntas

En caso de existir dudas, comentarios o quejas relacionadas con la investigación podré dirigirme con Bertha Cecilia Salazar González, PhD. Presidenta de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Confidencialidad

Se me aclaró que los datos obtenidos serán tratados de manera confidencial por el investigador, no se podrá identificar a que participante corresponde cada uno de los cuestionarios. Una vez finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardarán por seis meses y posteriormente serán destruidos por el investigador.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR
EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La Lic. Sandra L. Piña Tabares me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, así como que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

Firma y nombre del primer testigo

Fecha

Firma y nombre del segundo testigo

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Sandra Luz Piña Tabares

Candidata para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería
Con Énfasis en Administración de Servicios

Tesis: VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Campo de Estudio: Administración de Servicios

Biografía: Originaria de Sabinas, Coahuila, fecha de nacimiento 29 de Febrero de 1960 hija del Sr. José Piña García y la Sra. Ma. Elena Tabares Fuentes.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería “Dr. Alfonso R. Riddle” de Nueva Rosita, Coahuila con el grado de Enfermera General en 1981, Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma de Tamaulipas en el año 2005.

Experiencia profesional: Supervisora General del Instituto Mexicano del Seguro Social en Nueva Rosita, Coahuila de 1983 a 1985. Enfermera General en diferentes áreas de hospitalización en el Hospital San José Tec de Monterrey. de 1985 a 1990. Supervisora General en turno nocturno y plan piloto en el Hospital San José Tec de Monterrey de 1991 a 1999. Jefe administrativa de la Unidad de Emergencias del Hospital San José Tec de Monterrey de 1999 a la fecha.

E-mail: sandrapinatabares@hotmail.com