

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura de Medicina Cirugía*

**Características del Estado Clínico, Funcional
y Cognitivo de las Personas Adultas Mayores
en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo
Calvo de Junio a Julio del año 2017**

CARLOS QUESADA MURILLO

Dra. Katrin Kulzer Homann

Enero, 2017

ÍNDICE GENERAL

Contenido

ÍNDICE GENERAL.....	II
INDICE DE CUADROS	VI
INDICE DE TABLAS	VII
INDICE DE FIGURAS	VIII
INDICE DE GRAFICOS.....	IX
DEDICATORIA	XI
AGRADECIMIENTO	XII
RESUMEN	XIII
SUMMARY	XV
CAPÍTULO I	16
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 Planteamiento del problema	17
1.1.1 Antecedentes del problema.....	17
1.1.2 Delimitación del problema.....	19
1.1.3 Justificación	20
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	22
1.4.1. Alcances.....	22

1.4.2. Limitaciones.....	22
CAPÍTULO II	23
MARCO TEORICO.....	23
2.1 Antecedentes Históricos de hogares de ancianos en el mundo	24
2.2 Hogares de ancianos en Costa Rica y su Regulación	26
2.3 Caracterización a partir del diagnóstico de la JPS	29
2.3.1 Visita a una muestra de establecimientos	32
2.4 Organizaciones sin fines de lucro	33
2.5 Organizaciones con fines de lucro.....	34
2.6 Reseña histórica del Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo	34
2.7 Antecedentes históricos de la Geriatría	37
2.8 Antecedentes de la Gerontología	37
2.8 Valoración geriátrica integral y grandes síndromes geriátricos.....	37
2.8.1 Valoración clínica del adulto mayor	39
2.8.2 Valoración de la esfera funcional	40
2.8.3 Índice de Barthel	43
2.8.4 Diferentes versiones del IB.....	45
Interpretación	46
2.8.5 Valoración de la esfera mental	47
2.8.6 Mini Examen Cognitivo ó Minimental Test Examination	48
2.8.7 VALORACIÓN DE LA ESFERA SOCIAL.....	49
2.9 Grandes síndromes geriátricos	50
2.9.1 Síndrome de inmovilidad	51
2.9.2 Deterioro cognitivo	51
2.9.3 Síndrome de úlceras por presión	53
2.9.4 Síndrome de caídas	54

2.9.6 Síndrome de fragilidad	55
2.9.7 Depresión	55
2.9.8 Delirium	56
2.9.9 Polifarmacia.....	56
2.9.10 Desnutrición	57
2.9.11 Síndrome de Incontinencia Urinaria	59
2.12 La realidad de la persona adulta mayor en la Sociedad.....	60
2.13 Redes de apoyo	65
2.13.1 Fortaleza de la red de apoyo.....	66
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	69
3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	70
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	70
3.3.1 Población.....	70
3.3.2 Muestra	70
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	71
3.4 Instrumentos para la recolección de la información	71
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	72
Operacionalización de las variables	73
CAPITULO IV	77
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	77
CAPITULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	92
5. Discusión e interpretación o explicación de los resultados	93
CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99

6.1 Conclusiones.....	100
6.2 Recomendaciones	102
BIBLIOGRAFIA.....	104
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	112
ANEXOS	114
AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-	116
Anexo N°3. Hoja de recolección de datos.	119
Anexo N°4: Historia Clínica Geriátrica.....	120
Anexo N 5 Declaración Jurada.....	128
Anexo N 6 Carta aprobación de tutor	129
Anexo 7: Carta de autorización del lector	130
Anexo 8: Carta de revisión de filólogo	131
Anexo 9: Carta autorización hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.....	132
Anexo 10: Carta acuerdo de confidencialidad	133
Anexo 11: Consentimientos informados adultos mayores.	134

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°1: Cantidad de hogares de ancianos y centros diurnos por provincia y beneficiarios según sexo.....	30
Cuadro N°2: Servicios especializados que se brindan en los diferentes hogares de ancianos y centros diurnos.....	32
Cuadro N°3: Necesidades identificadas de una muestra del 10% de los hogares y centros diurnos.....	33
Cuadro N° 4 La funcionalidad se define por medio de tres componentes.....	44
Cuadro N° 5: Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel..	46
Cuadro N°6: IB , modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación.....	47
Cuadro N°7: Minimental Test Examination.....	49
Cuadro N°8: Grados de úlceras de presión.....	53
Cuadro N°9: Medidas preventivas para evitar incontinencia.....	57
Cuadro N°10 : Configuración del hogar de la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia en Costa Rica.....	66
Cuadro N°11: Estados Demográficos.....	92
Cuadro N° 12: Estado Socio-Mental.....	93
Cuadro N°13: Correlación entre el resultado del test mini mental y sexo.....	95

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Antecedentes personales patológicos de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo clasificados en sistemas.....	80
--	----

INDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Diagrama de estado de la función en el curso de la vida.....	42
---	----

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1: Distribución por rango de edades de los adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.....	73
Gráfico N° 2 Distribución según sexo de adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.....	74
Grafica N° : 3 Distribución según procedencias previa al ingreso de los adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.....	75
Grafica N° 4: Distribución según grado de escolaridad de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.....	76
Grafica N° 5: Distribución según red de apoyo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.....	77
Grafica N°6: Distribución según estado civil de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.....	78
Grafico N° 7: Distribución según nivel económico de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.....	79
Grafico N°8: Patologías que afectan al sistema Cardiovascular de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.	
Grafico N°: 9 Patologías que afectan al sistema Neurológico-Psiquiátrico de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.	
Grafica N° 10: Patologías que afectan al sistema Osteo-articular de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.	
Grafica N° 11: Patologías que afectan a Otros sistemas de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.	

Grafica N° 12: Estado cognitivo según el Mini examen del estado mental, según sexo en los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.....86

Grafica N° 13: Grado de dependencia según índice de Barthel por sexo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.....87

DEDICATORIA

La presente tesis es dedicada a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres y mi hermano, que sin lugar a duda han sido el cimiento para lograr convertirme en un profesional con sus consejos y apoyo incondicional, sentaron en mí los deseos de superación y responsabilidad.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi directora de tesis, Dra. Katrin Kulzer Homann por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

RESUMEN

Este trabajo de investigación pretende realizar una caracterización de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo valorando su estado clínico, funcional y cognitivo para determinar la calidad de vida que presenta cada persona estudiada en determinado momento.

Objetivo General

Determinar las características del estado clínico, funcional, y cognitivo de las personas adultas mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.

Metodología

Se realiza un estudio observacional descriptivo, de corte transversal ya que el trabajo de investigación describe las características clínicas, funcionales y cognitivas en personas adultas mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo entre el mes de Junio y Julio del año 2017 con una población de 202 adultos mayores.

Resultados

Como resultados en esta investigación se obtuvieron que los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo son personas en su mayoría independientes en sus actividades de la vida diaria como también la gran mayoría presentan un nivel cognitivo normal.

Conclusiones

Los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo son la mayoría provenientes de la provincia de Alajuela, son personas que se valen por sí mismos en todas las actividades que realizan, presentan un fuerte apoyo por parte de la familia,

reciben una pensión, son personas que han perdido a su pareja sentimental y se encuentran viudos y mantienen una escolaridad de primaria incompleta la gran mayoría.

SUMMARY

This research is carries out a characterization of the elderly of Santiago Crespo Nursing home that assesses their clinical, functional and cognitive state to determine the quality of life presented by each person studied at a given time.

General objective

To determine the Characteristics of the Clinical, Functional, and Cognitive Status of seniors in the Nursing Home Santiago Crespo Calvo from June to July of the year 2017.

Methodology

A descriptive, cross-sectional, observational study was carried out since the research work describes the clinical, functional and cognitive characteristics in elderly adults in the Nursing Home of Santiago Crespo Calvo between June and July of the year 2017 with a population of 202 seniors.

Results

As results in this research it was obtained that the elderly adults who live in the nursing home Santiago Crespo Calvo are people mostly independent in their activities of daily living and present a normal cognitive level.

Conclusions

The elderly of the nursing home Santiago Crespo Calvo come mainly from the province of Alajuela, are people who in all the activities they carry out, present a strong support from their family, receive a pension, are People who have lost their emotional partner and have an educating level of incomplete primary.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Antecedentes del problema

Existe en el mundo una gran brecha para calidad de vida en la edad de adulto mayor dependiendo del país y lugar de residencia como por ejemplo se encuentra como mejor país para envejecer a Noruega, seguido por Suecia y Canadá esto debido a un alto producto interno bruto per cápita de todos estos países, algo que los caracteriza es el porcentaje de recursos que invierten en el área de salud y sobre todo crean ambientes sociales favorables a los adultos mayores⁽¹⁾.

En los países en los cuales envejecer es más difícil por el empeoramiento de la calidad de vida son en primer lugar Afganistán y luego Mozambique y Tanzania.

En América Latina, Chile en el puesto 22 es el que se encuentra en mejor lugar en cuanto a la calidad de vida, posteriormente le sigue Uruguay en la posición 23, Panamá en el puesto 24 y finalmente Costa Rica en el lugar 26.

Menciona la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾ que por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años.

Si bien ese cambio de distribución en la población de un país hacia edades más avanzadas lo que se conoce como envejecimiento de la población empezó en los países de ingresos

altos (por ejemplo, en el Japón el 30% de la población ya tiene más de 60 años), los cambios más drásticos se ven en los países de ingresos altos y medianos. Para mediados de siglo muchos países, por ejemplo, Chile, China, la República Islámica del Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la del Japón⁽³⁾.

El hecho de que se pueda tener un envejecimiento adecuado va ser dependiente de diferentes factores como por ejemplo de la funcionalidad la cual va a ir en aumento en los primeros años de vida, llegando a su punto máximo en la edad de la adultez y posteriormente ira en descenso cuando se encuentre con una cantidad de años considerables⁽⁴⁾.

Las personas a lo largo de su vida van perdiendo diferentes capacidades tanto físicas, mentales y también su relación con las personas que se encuentran a su alrededor van a cambiar cuando lleguen a la etapa de adulto mayor.

El ritmo al cual ira descendiendo la capacidad de los adultos mayores será influenciada sobre todo por los hábitos alimenticios que se hayan desarrollado en la juventud y la edad adulta de aquel individuo, a la cantidad de tiempo invertido en ejercicio físico, a los diferentes hábitos nocivos como lo es el cigarrillo y el consumo de alcohol. Todo esto dependerá del comportamiento de los individuos y a lo que se exponen a lo largo de la vida.

Debido al rápido envejecimiento de la población en el mundo entero, existe un gran interés en estudiar el deterioro cognitivo de estos adultos mayores debido a que los diferentes trastornos cognitivos que se asocian con la edad representan uno de los principales problemas en el campo de Geriatria⁽⁵⁾.

Sobre los hogares de ancianos, son instituciones en algunas ocasiones especializadas, son lugares donde se le brinda atención a los adultos mayores que no necesariamente necesitan estar hospitalizados pero que tampoco pueden estar en sus hogares siendo atendidos por sus familiares a cualquier otra persona por cualquier motivo.

Esto abarca desde personas que se encuentren en estado de enfermedad y a personas que recientemente se les ha realizado una cirugía o que deben estar en cuidado por algún otro motivo.

Existen diferentes modalidades de hogares de ancianos como por ejemplo el que está más focalizado a cuidados médicos que en este tipo de instituciones se encuentran servicios de medicina general, enfermería, terapia física, psicología y otras ramas especializadas en el tratamiento de la enfermedad que presentan los adultos mayores.⁽⁶⁾

Luego se encuentra el hogar de ancianos enfocados sobre todo en el ambiente familiar. El personal de planta trata de crear un ambiente relajado donde el adulto mayor se sienta cómodo y que sienta la libertad y la paz que sentiría estando en su propio hogar.

Usualmente las cocinas se encuentran abiertas durante todo el día también se le solicita al personal que labora en la institución que hagan lazos de confianza para que los adultos mayores se encuentren en confianza tanto con los trabajadores de la institución como con los otros residentes que se encuentran en el hogar de ancianos.

Se logra identificar que la respuesta del acto de institucionalizar a los adultos mayores en un hogar de ancianos es sobre todo un hecho cultural. También se menciona que al ser un adulto mayor institucionalizado se da por sentado que sufrirá algún tipo de violencia en lo cual en algunas ocasiones puede ocurrir sin embargo en otras se revierte los traumas ocurridos en la casa.

Menciona el señor Erving Goffman que las instituciones como los hogares de ancianos son “un lugar de residencia y trabajo dónde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”⁽⁷⁾.

1.1.2 Delimitación del problema

Este trabajo se basa en una población de estudio de 202 adultos mayores con distinta variedad socioeconómica, étnica, y diferentes grados académicos por lo cual es una población muy diversa en las cuales se intenta definir las características del estado clínico, funcional, y cognitivo de las personas adultas mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.

1.1.3 Justificación

Es importante la elaboración de este trabajo de investigación para ejecutar una caracterización del estado clínico, funcional, y cognitivo de las personas adultas mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017 esto para tener una base de datos de las diferentes personas que residen en este centro de adultos mayores y realizar recomendaciones al hogar de ancianos en beneficio de los adultos mayores.

También es importante realizar este tipo de estudios para demostrar el estado en el que se encuentran los adultos mayores en el hogar de ancianos y así de esta manera ir creando paulatinamente una base de datos en donde se pueda evidenciar sobre el trato que se les da a los adultos mayores de Costa Rica que se encuentran institucionalizados en diferentes hogares de ancianos o centros diurnos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características del estado clínico, funcional, y cognitivo de las personas adultas mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar las Características del Estado Clínico, Funcional, y Cognitivo de las Personas Adultas Mayores en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población residente del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo según edad, sexo, procedencia y grado académico.
- Describir la funcionalidad según actividades básicas de la vida diaria de personas residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo utilizando el índice de Barthel.
- Identificar el estado clínico de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de acuerdo con sus antecedentes personales patológicos clasificándolos en sistemas corporales.
- Analizar mediante el Mini mental test los diferentes niveles de déficit cognitivo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances

- Se logra realizar una adecuada caracterización de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

1.4.2. Limitaciones

- Algunos de sus expedientes se encontraron desactualizados o se encontraron en muy mal estado por el paso del tiempo, y el deterioro hace imposible obtener la información necesaria.
- Otra limitante que existió en este trabajo es que existen muchos adultos mayores los cuales por su estado de salud o su estado cognitivo/emocional inclusive, se les hace difícil responder a los cuestionarios que se les presenta.
- Ausencia de escalas de valoración geriátrica en algunos expedientes.

CAPÍTULO II
MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Históricos de hogares de ancianos en el mundo

Se menciona que el hogar de ancianos o asilo es proveniente del latín *asylum*, que significa a: *syn* y *sylum*: despojar, o sea, sin quitar o sin despojar, también tiene una etimología del griego que significa sitio del cual nunca se olvida. Se nombró de esta manera a todo lugar que, por velar generosamente a toda persona desamparada, no se debe de ver amenazado por ningún tipo de prácticas civiles, militares, sociales, económicas, religiosas, industriales y gubernamentales⁽⁸⁾.

A medida que se establecieron las adecuadas leyes para el debido funcionamiento de éstos lugares o espacios, los hogares de ancianos se identificaron como una institución social la cual brindaba protección, amparo y recursos para la sobrevivencia para personas incapacitadas, indigentes o muy pobres que no pudieran hacer valer por sí mismos sus derechos humanos. De esta manera se logra asumir que la función social del asilo o hogar de ancianos es la de ser una institución que vele por el cuidado y la protección de los más desvalidos que necesiten ser auxiliados de alguna forma sea económica o asistencial⁽⁹⁾.

La historia de los centros para personas adultos mayores se encuentra vinculado a la historia de los diferentes hospitales que se encuentran en cada país específico los cuales tienen sistema de seguridad social o cobertura de salud para personas adultos mayores.

A como se fueron reformando las necesidades de las personas mayores y las condiciones de vida de los ancianos en los asilos, se le cambia el nombre por uno más popular. “Casa hogar para ancianos”, el cual normalmente es bautizado por algún santo, o benefactor. El hecho de ser creado como hogar de ancianos no implicaba necesariamente que los servicios, la organización o la visión social fueran diferentes, pero si era prioritario poder brindarle a la persona adulta mayor una mejor calidad de vida.

Se define como hogar de ancianos⁽¹⁰⁾ como un lugar para personas que no tienen la necesidad de estar internados en un hospital.

Muchas de estas instituciones mantienen un equipo de enfermería laborando todo el día. Unos cuantos asilos se equipan de manera que semejan un hospital. Se brindan servicios médicos, también cuentan con fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Algunos

otros hogares de ancianos tratan de imitar un hogar para hacer una estancia a la persona mayor más confortable y acogedora.

A menudo, no existe horario fijo y mantienen el servicio de cocina abierto para los moradores. Se les inculca a los funcionarios del hogar de ancianos mantener una relación amena con los usuarios de la institución. Muchos de estos asilos de adultos mayores presentan equipos dedicados a pacientes que expongan problemas serios de memoria, tales como la enfermedad de Alzheimer. En algunos asilos inclusive son permisivos para que se mantenga una convivencia junto a la pareja. Los asilos inicialmente fueron diseñados inicialmente para toda aquella población que requiriera cuidado especial o aquel ser más vulnerable de la sociedad⁽¹¹⁾.

Se contaba con ciertos lugares llamados asilo donde una persona puede acogerse al derecho de asilo (siempre y cuando reúna los requisitos necesarios para que se lo concedan) como son las embajadas, consulados, residencias diplomáticas e incluso barcos anclados en alta mar o en un puerto extranjero, en la antigua civilización grecorromana también se crearon una serie de lugares considerados como inviolables, los cuales estaban exentos de ser saqueados.

Usualmente eran tipos de templos sagrados en el cual se le daba culto a diferentes deidades e inclusive llegaban hasta allí viajeros de otras ciudades o estados con la intención de alojarse durante el tiempo que permanecieran en la población. Como la mayoría de éstos solían ser hombres de negocio que llevaban consigo grandes cantidades de dinero para realizar sus transacciones mercantiles, el hospedarse en los asyllum les proporcionaba seguridad y protección⁽¹²⁾.

Fueron muchos los cristianos que se refugiaron en estos asilos (en tiempos en el que el cristianismo estaba prohibido y perseguido) y gracias a ello pudieron sobrevivir. A partir del siglo IV, tras ser promulgado el Edicto de Milán que permitía la libertad de culto, las iglesias católicas también tomaron el carácter de asilo, dando cobijo y asistencia a los más necesitados: menesterosos (que no tenían recursos para vivir y que habitualmente eran detenidos o expulsados de la población en base a ordenanzas), personas enfermas o con discapacidades físicas o mentales, huérfanos y ancianos que no podían valerse por sí mismos y no tenían a nadie que pudiera cuidar de ellos⁽¹³⁾.

De esta manera es que el término ‘asilo’ termina tomando el significado tanto como lugar donde se da refugio a los perseguidos y el de establecimiento benéfico donde se recogen y se da cuidado a personas necesitadas.

Es importante mencionar que son diferentes los idiomas donde se utiliza la forma ‘asylum’ para referirse a las instituciones psiquiátricas, habiendo un nutrido número de obras literarias y películas tituladas de ese modo.

En resumen, se puede decir que la calidad de vida que haya mantenido la persona será un factor muy importante para el diario vivir de un ser humano, que rige dentro de tres grandes necesidades que son las fisiológicas, psicológicas y sociales. Todo adulto mayor tiene el derecho de tener una calidad de vida digna para que de esta manera pueda disfrutar plenamente de ésta etapa de la vida. En diferentes estudios se ha llegado a una misma conclusión la cual es que sin importar si el adulto mayor se encuentra en un hogar de ancianos o con sus familiares éste debe de disfrutar su vejez como lo merece. De esta forma se le incita a implementar nuevas habilidades sociales, entender su medio y disfrutar la vida⁽¹⁴⁾.

2.2 Hogares de ancianos en Costa Rica y su Regulación

Según el CONAPAM⁽¹⁵⁾ los hogares de ancianos son de índole privado o sin fines de lucro en algunos casos, en los cuales las personas mayores viven en esos lugares de manera indefinida donde se les da todos los servicios necesarios además de la residencia, se desea que estas instituciones posean personal y equipo capacitado tanto, así como una adecuada infraestructura.

Por otra parte, existen los centros diurnos los cuales son servicios que son organizados por parte de la comunidad en los cuales se les da a las personas mayores servicios tales como de nutrición, terapia recreativa, psicología, trabajo social, enfermería, medicina general, también es de esperar que estos centros cuenten con una adecuada planta física para la comodidad de los adultos mayores y el adecuado acceso de los mismos.

Se crea el consejo nacional de la persona adulta mayor (CONAPAM) a partir de la Ley Integral para la persona adulta mayor (N 7935) en el cual es declarado como un ente rector en lo relacionado a envejecimiento y vejez por lo cual es el encargado de formular todos

los planes y políticas que tengan relación a la vejez⁽¹⁶⁾. Por lo cual una de sus funciones como ente rector es llevar un registro de todas las personas tanto físicas como jurídicas para brindar cualquier tipo de servicio a las personas adultas mayores que sean acreditadas por el Ministerio de Salud.

Los hogares de ancianos tanto privados como estatales son regulados y supervisados por el Ministerio de Salud de Costa Rica esto debido a la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los Servicios de Salud y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud como ente Rector ha generado acciones para normalizar las condiciones de operación de aquellos entes que directa o indirectamente afectan la salud de la población, de acuerdo a la Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud y Poder Ejecutivo.

Esta parte se muestran los estándares básicos para la habilitación y el adecuado funcionamiento de los establecimientos llámese Centros Diurnos, Hogares y Albergues de Atención Integral a las personas adultas mayores, se realiza la siguiente clasificación y designación⁽¹⁷⁾.

Según la norma⁽¹⁸⁾ divide los establecimientos de Atención Integral a las personas adultas mayores en dos tipos:

- a) Centros Diurnos
- b) Albergues y Hogares

La norma establece las siguientes áreas a evaluar en Centros Diurnos:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral
- c) Dirección
- d) Administración
- e) Nutrición

- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia

Para Albergues y Hogares establece las áreas siguientes:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral
- c) Dirección
- d) Administración
- e) Nutrición
- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia
- h) Atención en salud
- i) Trabajo social
- j) Terapia física
- k) Lavandería

Dentro de cada área se evalúan aspectos relacionados con:

- a) Recurso humano
- b) Planta física
- c) Recurso material
- d) Documentación
- e) Gestión

Para obtener la Habilitación es necesario que el establecimiento cumpla con todos los estándares de la presente norma.

En Costa Rica existen diversos asilos de ancianos tanto privados como estatales los cuales financian sus gastos gracias a un aporte de parte de los adultos mayores residentes en el hogar y otra parte por parte de la Junta de Protección Social de San José o instituciones como el IMAS.

Existen registros de un total de 43 centros diurnos los cuales en su mayoría son administrados por asociaciones y también hay datos de 64 hogares de ancianos en todo el territorio nacional, para ambos tanto hogares de ancianos y centros diurnos existen 61 asociaciones y 3 fundaciones las cuales son las encargadas de la parte de la administración.

Es importante hacer mención de que en esa cifra de hogares de ancianos y de centros diurnos hay tres que no aparecen en el registro que maneja el IMAS, 1 es un centro diurno y otros dos son hogares de ancianos que probablemente se deba a problemas de actualización de datos.

También existen 8 centros diurnos y 4 hogares de ancianos en los cuales aparecen como activos en la base de datos de IMAS sin embargo no aparecen registrados debidamente en el CONAPAM sin embargo posiblemente puede deberse a un problema de actualización también.

2.3 Caracterización a partir del diagnóstico de la JPS

Se realiza una caracterización a partir de un diagnóstico realizado por parte de la Junta de Protección Social (JPS) donde se incluyen 70 hogares de ancianos y 49 centros de atención diurna todos ellos con una administración por parte de una organización de bienestar social.

En las siete provincias de Costa Rica existen hogares de ancianos y centros diurnos y en ellos existen en 70 de los 81 cantones del país por lo cual es evidente su amplia extensión por el territorio nacional.

Cuadro N°1: Cantidad de hogares de ancianos y centros diurnos por provincia y beneficiarios según sexo.

Provincia	Establecimientos		Beneficiarios JPS					
	Hogares	Centros diurnos	Hogares			Centros diurnos		
			total	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres
Total	70	49	2.774	1.522	1.252	1.550	529	1.021
San José	22	21	815	397	418	630	204	426
Alajuela	14	9	869	443	426	279	119	160
Cartago	5	5	251	155	96	239	62	177
Heredia	7	8	210	106	104	281	80	201
Guanacaste	7	2	202	124	78	30	18	12
Puntarenas	10	2	295	198	97	64	32	32
Limón	5	2	132	99	33	27	14	13

Fuente:⁽⁸⁾

Se tiene datos de que un aproximado de seis mil personas adultos mayores se encuentran residiendo o visitan hogares de ancianos o centros diurnos respetivamente sin embargo no el total de estas personas son beneficiarios, se les cubrirá el total de gastos a las personas que se encuentren con mayor carencia económica.

Para que un adulto mayor pueda ser institucionalizado dentro de un hogar de ancianos debe cumplir algunos requisitos como por ejemplo ser mayor de los 65 años y que cuente con un ingreso inferior al 50% del costo requerido para la atención quien lo definirá es el CONAPAM.

Se presenta un registro de parte de la JPS de San José en donde se muestra que en el año 2010 se beneficiaban un total de 4324 personas adultas mayores, divididos respectivamente 2774 en centros diurnos y 1550 en hogares de ancianos donde se menciona que las provincias con mayor número de beneficiarios son de la provincia de San José y de Alajuela esto debido también a la densidad poblacional de cada provincia con respecto a las demás provincias del país⁽¹⁵⁾.

Es interesante ver como la provincia de Limón a pesar de ser la segunda provincia con mayor cantidad de adultos mayores es donde existe menor presencia de hogares de ancianos y de centros diurnos.

En cuanto a servicios directos especializados que reciben los adultos mayores en estas instituciones es importante mencionar que cada centro impartirá los servicios con los cuales las posibilidades económicas de la institución los puedan cubrir.

Sin embargo, existe una norma en la cual menciona que cada centro de esta clase debe cumplir con un mínimo de requisitos de los cuales deben de brindar a los adultos mayores esto según la cantidad y condiciones de los diferentes adultos mayores todo esto para un adecuado funcionamiento.

Los servicios mínimos con los que debe cumplir un hogar de ancianos son los que se estipulan a continuación.

- Seguridad e higiene laboral: asesoría de un técnico o profesional en seguridad e higiene laboral.
- Dirección: presidente de junta directiva o representante que sea responsable principal del funcionamiento del establecimiento.
- Administración: funcionario responsable de la administración.

- Nutrición: acceso a un profesional en nutrición y una cocinera para la preparación de cada 50 raciones y un auxiliar en caso de 100 raciones.
- Terapia ocupacional: acceso a un profesional en terapia ocupacional y un voluntario capacitado.

Para los hogares de ancianos también se especifica que en el ámbito de salud debe tener por lo menos a un profesional de medicina y profesional en enfermería en un centro donde cuenten por lo menos con 50 residentes. También, deben contar con profesionales en trabajo social, terapia física y servicio de lavandería.

Sin embargo, no sucede lo mismo con todos los servicios especializados, por los pocos recursos con los que cuentan algunas instituciones, pero los servicios especializados que más se utilizan son los servicios de nutrición y de enfermería.

Cuadro N°2: Servicios especializados que se brindan en los diferentes hogares de ancianos y centros diurnos.

Servicios	Hogares		Centros diurnos	
	absoluto	%	absoluto	%
Actividades ocupacionales				
programa formal	38	54,3	37	75,5
actividades esporádicas	20	28,6	8	16,3
Terapia recreativa				
programa formal	49	70,0	41	83,7
actividades esporádicas	20	28,6	4	8,2
Fisioterapia				
servicio constante	37	52,9	-	-
de tres a dos veces por semana	11	15,7	-	-
un día por semana	9	12,9	-	-
cada quince días o más	4	5,7	-	-
Otros servicios especializados				
acceso a Trabajo Social	48	68,6	20	40,8
tienen medicina general	40	57,1	17	34,7
atención médica preferencial en la CCSS	29	41,4	17	34,7
tienen enfermería	65	92,9	-	-
acceso a nutricionista	66	94,3	45	91,8

Fuente: ⁽¹⁹⁾

2.3.1 Visita a una muestra de establecimientos

También, se realizó un estudio de las mayores necesidades que requieren los hogares de ancianos y centros diurnos donde se puede observar que éstas instituciones hacen las más grandes inversiones en rubros de mobiliario, infraestructura, equipo y ampliaciones de las instituciones. De las 12 instituciones que se tomaron en cuenta para el estudio debe mencionarse que 10 de esas instituciones requieren es mejoramiento en infraestructura.

Cuadro N°3: Necesidades identificadas de una muestra del 10% de los hogares y centros diurnos.

Necesidades	Número de menciones		
	total	hogares	centros diurnos
Mobiliario y equipo	12	7	5
Mejora de infraestructura	10	7	3
Ampliación	4	1	3
Contratación de profesionales	2	1	1
Contratación de personal atención directa	2	1	1
Equipo de cómputo para beneficiarios	2	0	2
Cubrir necesidades directas*	1	1	0
Compra de vehículo	1	1	0
Mejorar atención directa	1	0	1

* Ropa de cama, cortinas, etc.

Fuente: ⁽²⁰⁾

2.4 Organizaciones sin fines de lucro

Menciona Pablo Sauma⁽²¹⁾ que fueron visitados diferentes hogares de ancianos y centros diurnos de todo el país. En el caso de los hogares de ancianos se visitaron 8 de los cuales 3 eran hogares grandes que atienden a más de 50 personas, 2 de tamaño mediano donde se atienden entre 30 a 49 adultos mayores y a uno pequeño donde residen menos de 20 personas.

Existen varios aspectos relevantes por mencionar como el origen de las organizaciones es diverso, el cual nace por la preocupación de un grupo de personas que surge por causa de una necesidad de la población.

Hay una relación en cuestión de antigüedad de las instituciones donde más años posean, serán mayor el número de adultos mayores a los que atenderán. También, muchos de estos establecimientos tienen un fuerte vínculo con EBAIS y también reciben mucha ayuda voluntaria de médicos, enfermeras y demás profesionales que se comprometen con este tipo de instituciones.

En términos generales, debe mencionarse que los establecimientos sin fines de lucro que fueron visitados se encontraban limpios los adultos mayores se mantenían contentos y adecuado personal de planta, sin embargo solamente en un recinto se percibía muy poco personal y, precisamente, era el más pequeño y que se encontraba más sucio.

2.5 Organizaciones con fines de lucro

Como señala el señor Pablo Sauma⁽²²⁾ se visitaron tres establecimientos con fines de lucro, las cuales fueron hogares de ancianos, las cuales eran anteriormente casas de habitación que se remodelaron, las cuales pueden residir entre 14 y 22 adultos mayores que cada uno posee su propia habitación individual, pero generalmente brindan solamente el servicio de hogar de ancianos, pero si alguien lo solicitara, podría brindar el servicio de centro diurno. Cuentan con servicios básicos como enfermería, alimentación balanceada, medicina, terapia física

Se reflejó que, aunque fueran anteriormente casas y fueran remodeladas existían problemas con los anchos de los pasillos para el adecuado paso de las sillas de ruedas, falta rampas adecuadas y accesos para discapacitados, problemas con salida de emergencias, entre otros.

Una apreciación de carácter general muestra como una organización con fines de lucro no tiene mayor diferencia en cuanto a una institución de carácter estatal, a pesar de tener mayor recurso económico por parte del aporte económico de los adultos mayores.

Es importante mencionar que el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo por ser una institución de carácter privado se reserva el derecho de admisión de los adultos mayores que son postulantes para residir dentro de ese centro por lo cual es importante tener en cuenta al momento de los resultados y conclusiones de este trabajo.

2.6 Reseña histórica del Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo

EL 18 de octubre de 1942, un grupo de ciudadanos alajuelenses preocupados por los niños y Ancianos desposeídos se organizan para crear en Alajuela “el Hospicio de Huérfanos y Asilo de la Vejez”⁽²³⁾.

Días después se procedió a elaborar los estatutos que regirían la Institución, y una vez listos fueron presentados ante la Gobernación de Alajuela y un feliz día del 10 de febrero de 1943 en el Diario Oficial La Gaceta 32 se lee literalmente “Traídos a estudios los Estatutos presentados por la Asociación denominada “Asilo de Ancianos y Huérfanos de Alajuela” domiciliada en la Ciudad de Alajuela, y que tiene como fines, según se expresa en el artículo segundo de los mismos “...reunir organizadamente a todas las personas de que sientan satisfacción de cumplir el deber de auxiliar a los desfavorecidos de la fortuna especialmente ancianos y huérfanos si fuera posible, que estén imposibilitados para satisfacer sus propias necesidades y siendo estas las tendencias básicas reguladoras de sus actividades, es procedente autorizar el funcionamiento de la expresada Asociación⁽²⁴⁾.”

El presidente de la República acuerda: Autorizar el funcionamiento de la Asociación denominada Asilo de Ancianos y Huérfanos de Alajuela” domiciliada en Alajuela y aprobar en principio, los estatutos presentados sin perjuicio de que sean calificados por el Registro Público con sujeción a las leyes y Reglamentos respectivos. Esta autorización queda condicionada a que la Asociación sea inscrita en el expresado Registro, como lo ordena el Artículo 5°. de esta Ley. Publíquese-Calderón Guardia.

El Secretario de Estado en el despacho de Gobernación Carlos M. Jiménez.

El comienzo fue una lucha constante y permanente de personas de gran corazón y visión social que motivados nada más por el amor al prójimo hicieron surgir esta institución.

Para 1944, gracias a una donación de una manzana de terreno en el Barrio San José efectuado por los hermanos Ernesto y Zoraida Saborío Quesada; se pensó construir en aquel sitio el edificio que albergaría a los necesitados, sin embargo el 15 de agosto de 1945 sucede un hecho que haría cambiar los rumbos de este Hogar, haciendo surgir la figura de Don Santiago Crespo Calvo, quien ese día se presentó ante la Asamblea General mencionando que no estaba de acuerdo en que se construyera en aquel lugar y propone que se compre un terreno de por lo menos 3 o más manzanas lo mejor situado posible y que él supliría lo que faltare por completar la suma necesaria⁽²⁵⁾.

Fue así como en 1949 se compró a José María Penad el terreno donde, actualmente, está localizado el Hogar de Ancianos y después de grandes sacrificios, gracias a actividades y donaciones el 16 de agosto de 1953 se inaugura los servicios y el edificio que albergó a los primeros adultos mayores que entre otros fueron: Calixto Montoya, Salvadora

González, Elisa García, Isabel González, Francisca Moya, Beatriz Zamora, Avelina Ovares.

Dado el mérito que tuvo don Santiago Crespo, su visión, su liderazgo, su entrega y generosidad por la Institución, el 7 de abril de 1963, la Asamblea General en reconocimiento acordó modificar la Cláusula del nombre que en lo sucesivo se denominará “Hogar Nacional de Ancianos Santiago Crespo Calvo”.

Han pasado más de 5 décadas desde su inauguración y gracias al aporte desinteresado de personas de buen corazón, de Juntas Directivas, Monjas, Damas Voluntarias y Personal, Club Rotario y de Leones y empresas Privadas, la Institución paulatinamente fue creciendo hasta convertirse en el segundo Hogar de Adultos Mayores más grande del país con una población que ya en 2016 alberga a un promedio de 200 personas, distribuidos en 6 pabellones donde conviven intrínsecamente desde el más humilde de los seres hasta el más acaudalado, protegidos con un personal de 139 personas que les atienden los 365 días del año.

Además, con programas permanentes de medicina, enfermería y farmacia, terapia física, terapia recreativa, alimentación, lavandería, atención individual y grupal, seguridad, mantenimiento y transporte. Así como servicios religiosos y funerarios.

En suma, la visión que tuvieron en 1942 aquel grupo de personas se constituyó no solo en una realidad, más allá sobrepaso cualquier sueño ambicioso que pudieron tener en aquel momento.

El Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela vela por proteger al Adulto Mayor mejorando sistemáticamente su calidad de vida, de acuerdo con las leyes establecidas.

En el siguiente trabajo de investigación se abordarán las características clínicas, funcionales y cognitivas del adulto mayor en un hogar de ancianos, mencionando que el envejecimiento es un proceso vital y dinámico en el cual al aumentar los años adquiridos existen implicaciones multidimensionales sobre todo biológica, sociales y culturales a las cuales las personas de la tercera edad se deben enfrentar⁽²⁶⁾.

2.7 Antecedentes históricos de la Geriátría

En 1909 Nascher utiliza por primera vez el término de Geriátría refiriéndose a aquella rama de la medicina dedicada a la vejez y a sus enfermedades.

Se define como Geriátría a la rama de la medicina que estudia todos los aspectos clínicos físicos, preventivos y sociales de la persona adulta mayor estando en estado de salud o de enfermedad. Dentro de ella encontramos muchas disciplinas clínicas y forma una parte de la Gerontología.

Se refiere a Gerontología como al estudio del proceso de envejecimiento en todos sus aspectos desde la biología molecular hasta estudios socioeconómicos o sobre temas de jubilación⁽²⁷⁾.

2.8 Antecedentes de la Gerontología

La Gerontología se logra definir como un derivado del griego geronto: anciano; y logos: tratado; es decir, se define como el estudio de la vejez, entendiendo esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Así, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, sobre el envejecimiento.

La Gerontología es una joven disciplina su desarrollo comenzó en la segunda mitad del siglo pasado, porque es cuando comienza a producirse un fenómeno extraordinariamente importante: el envejecimiento de la población. Este fenómeno ha sido por dos factores esenciales: por una parte, la mortalidad ha disminuido a la vez que se ha incrementado la esperanza de vida, vinculado ésto a una fuerte caída de la tasa de natalidad, lo que ha modificado la pirámide poblacional⁽²⁸⁾.

2.8 Valoración geriátrica integral y grandes síndromes geriátricos

El envejecimiento es un estado en el cual el ser humano tiene pocas reservas fisiológicas para poder sobrellevar las distintas enfermedades aparte de la carga de enfermedades que

trae consigo el proceso de envejecer, por lo que la mayoría de los adultos mayores llevan consigo una muy alta morbilidad y también una mortalidad muy marcada.

A partir de ésta necesidad nace la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para abordar de una manera integral a las diferentes necesidades de la población de adultos mayores, las cuales se escapan de la valoración clínica tradicional. La VGI es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que puede cuantificar los problemas, cualidades y debilidades del adulto mayor en sus esferas clínicas, funcional, mental y social para así realizar un plan interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de optimizar los recursos, así como de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida.

El proceso de evaluación de los diferentes problemas que pueda presentar un adulto mayor, es de manera gradual iniciando en los centros de atención primaria siendo valorados por médicos generales para así escalonadamente hasta alcanzar el grado especializado siendo atendido por un especialista en Geriátrica.

El aumento acelerado de la población de adultos mayores en el mundo va de la mano de mayor aparición de enfermedades de carácter crónico y por ello son individuos con más vulnerabilidad fisiológica, por lo cual tienen un tipo de manejo más complicado por lo cual van a requerir más recursos y más demanda asistencial y mayor consumo de los recursos de la institución y, sobre todo, cuidados especializados.

Dado esto, nace la valoración Geriátrica-Gerontológica integral⁽²⁹⁾ que es un instrumento de valoración multidimensional que abarca el aspecto biopsicosocial y el aspecto funcional el cual permite identificar y hacer priorización de los problemas que presente el adulto mayor con tal de realizar un plan de manejo oportuno.

Se diferencia de las distintas valoraciones médicas, por el tiempo que debe invertir en realizarla y, también, siendo su objetivo específico identificar las diferentes problemáticas que puedan hacer daño al adulto mayor sobre todo a aquellos que están en situaciones de alto riesgo.

Es la piedra angular del día a día para tratar a los adultos mayores y poder abordar de una adecuada manera a la población geriátrica.

Los diferentes objetivos que plantea la VGI son los siguientes:

- Realizar un diagnóstico más específico, con base en un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Diagnosticar problemas no diagnosticados previamente.
- Disponer de un tratamiento adecuado cuádruple y, de manera racional, a las necesidades del adulto mayor.
- Mejorar la calidad de vida.
- Reconocer los recursos con los que cuenta el paciente y su entorno sociofamiliar.

El que debe ser fuente de información primordialmente debe ser el adulto mayor en un primer plano. Además de entrevistar a los familiares, vecinos y cuidadores quienes pueden aportar información muy valiosa.

La valoración geriátrica integral hace valoración de las cuatro esferas, las cuales abarca la esfera funcional, mental, clínica y la esfera social, por lo cual si, por ejemplo, un adulto mayor ingresa por infección urinaria se debe conocer su estado integral, y no solamente tratar la enfermedad orgánica.

Dentro de la valoración clínica integral se debe de incluir una adecuada anamnesis, una exploración física completa y una serie de herramientas denominadas escalas de valoración.

2.8.1 Valoración clínica del adulto mayor

Esta es la esfera de más difícil valoración además de su complicación para identificar las enfermedades de los diferentes adultos mayores debido a que suelen tener una presentación atípica como por ejemplo una infección urinaria sin presencia de fiebre o disuria o un infarto agudo al miocardio sin dolor precordial.

El Dr Quesada et al menciona⁽³⁰⁾ que es un proceso multidimensional y muchas veces multidisciplinario, para cuantificar con términos funcionales los diferentes problemas

médicos, mentales y sociales y capacidades de la persona adulta mayor con tal de crear un plan con el objetivo de promover, prevenir, atender y rehabilitar, según corresponda.

2.8.2 Valoración de la esfera funcional

Desde la niñez, la capacidad humana aumenta progresivamente funciones como por ejemplo la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular, posteriormente a esto inicia una declinación sin embargo está asociado a factores externos que hacen que se exacerben como por ejemplo el hábito de fumar, la mal nutrición, o la inactividad física.

Por ejemplo, se puede acelerar el deterioro en la función cardiaca por el hábito del tabaco dejando a la persona con un nivel de capacidad funcional más bajo respecto a una persona de la misma edad sin el hábito del fumado.

El deterioro puede verse afectado también por factores de origen externo y ambientales como por ejemplo la contaminación ambiental, la pobreza, la poca educación, entre otros.

También para aquellos que pierden su autonomía, el apoyo de rehabilitación y los medios para adaptarse al entorno físico puede hacer que disminuya grandemente el grado de discapacidad y así disminuir el nivel de afectación.

Con las adecuadas intervenciones una persona discapacitada puede lograr ganar parte de la función perdida, puede hacer que el nivel de discapacidad sea menor mediante diferentes tipos de adaptaciones ambientales que sean apropiadas como, por ejemplo, contar con un adecuado transporte público, que sea accesible y, sobre todo, en ambientes urbanos que cuenten con rampas y diferentes tipos de asistencia.

Las necesidades básicas como por ejemplo un acceso fácil al agua potable dentro del hogar o que sea de acceso inmediato pueden hacer una diferencia bastante marcada para que una persona mayor sea independiente.

En lugares de recursos escasos uno de los desafíos a los cuales debe enfrentarse es el de adaptar el entorno a las necesidades de los adultos mayores con problemas de discapacidad y facilitarles dispositivos de asistencia que sean simples y fáciles de utilizar.

Es una consideración de carácter principal el de mantener una adecuada calidad de vida para las personas adultas mayores sobre todo para aquellos individuos los cuales no pueden recuperar su capacidad funcional.

Hay diversas intervenciones de tipos específicas que ayudan a los adultos mayores a tener una mejor capacidad funcional y de esta manera tener una mejor calidad de vida.

Un curso de vida que se proyecte en un envejecimiento saludable se basa en comportamientos individuales y también a las diferentes políticas las cuales tienen una influencia en esos comportamientos y determinaran el medio en el cual vivirán las personas.

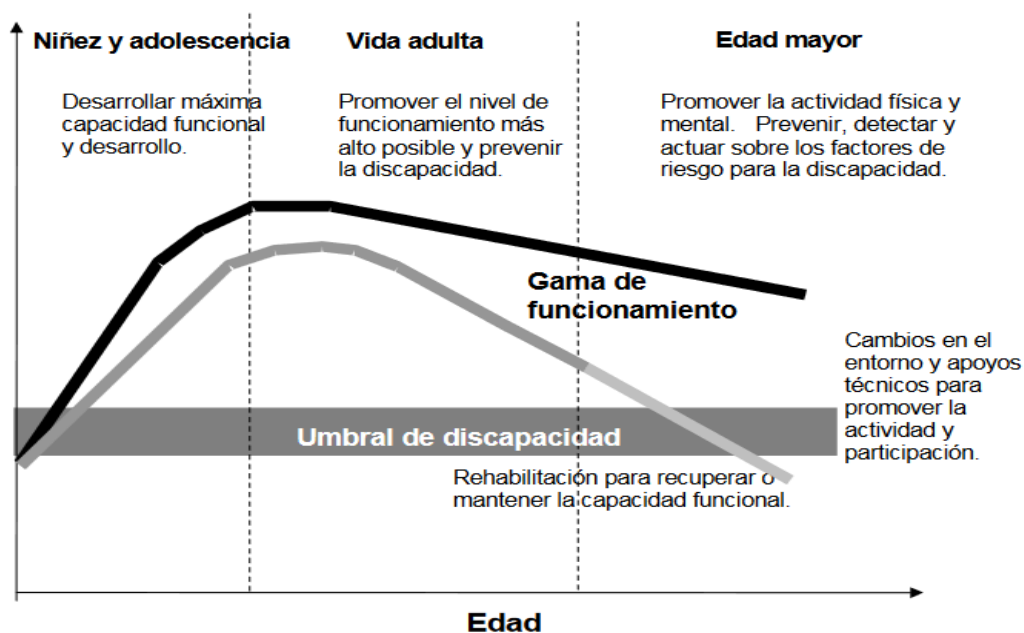


Figura N° 1 Diagrama de estado de la función en el curso de la vida.

Fuente:⁽³¹⁾

A menudo los cambios normales debido al envejecimiento y otros problemas de salud de las personas mayores son muy frecuentes que se manifiesten como deterioro en el estado funcional.

Estos tipos de problemas de salud pueden conducir a situaciones que les provoquen una incapacidad severa produciendo inmovilidad, inestabilidad y deterioro mental y ponen al individuo en un estado de riesgo de iatrogenia.

Una de las formas en las cuales puede valorarse el estado de salud de los adultos mayores es por medio de la evaluación funcional, la cual brinda datos que son objetivos y que pueden indicar el probable deterioro o mejoría en la salud y también ayuda para un abordaje apropiado por el personal de salud.

La valoración funcional se basa específicamente en recoger información del adulto mayor para realizar su función habitual y su capacidad de mantener independencia en sus diferentes actividades en el medio que se encuentra, se dividen las actividades de la siguiente manera:

- Actividades básicas (ABVD): incluyen aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación y otras).
- Actividades instrumentales (AIVD): estas hacen referencia a las labores en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (por ejemplo, cocinar, hacer compras y utilizar el teléfono).
- Actividades avanzadas (AAVD): son las que le permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Cuadro N° 4 La funcionalidad se define por medio de tres componentes.

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Bañarse	Uso de transporte
Vestirse	Ir de compras
Usar el inodoro	Uso del teléfono
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas
Alimentarse	
	3. Marcha y equilibrio

Fuente:⁽³¹⁾

2.8.3 Índice de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento muy utilizado alrededor del mundo para la valoración de la función física también se le llama, índice de discapacidad de Maryland.

El índice de Barthel es una prueba la cual hace valoración del nivel de independencia del adulto mayor con respecto a algunas de las actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones según la capacidad de la persona aplicante para realizar estas tareas⁽³²⁾.

Se inicia el uso del índice de Bartel por primera vez en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en el año de 1955. Se tenía como objetivo principal el de realizar una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, sobre todo aquellos con alteraciones neuromusculares y musculo-esqueléticas. Se pretendía de obtener una herramienta que ayudara a la valoración de una manera periódica a la evolución de este tipo de pacientes en programas de rehabilitación.

Se ha encontrado como primeras referencias sobre el índice de Barthel en literatura científica que data de los años 1958 a 1964 sin embargo es hasta en 1965 cuando se realiza la primera publicación en la cual hacen una descripción detallada sobre los criterios de los cuales se debe tomar en cuenta para asignar las respectivas puntuaciones⁽³³⁾.

Hoy en día este sigue siendo un índice ampliamente utilizado sin embargo se le han hecho algunas modificaciones al original, siendo considerado como la escala mas adecuada para valorar las AVD.

Se menciona que⁽³⁴⁾ el índice de Barthel en el campo de la rehabilitación fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad con un fundamento científico que respaldaran los resultados que se obtenían en la rehabilitación física. En cuanto a la interpretación y la obtención de datos es una medida simple que está fundamentada sobre todo en bases empíricas.

El objetivo del índice del IB es asignar a persona una puntuación en función del grado de dependencia para realizar actividades básicas. La puntuación que se le da a cada actividad va a depender del tiempo utilizado en realizarlas y sobre todo de la necesidad de ayuda para realizarla:

El IB original incluye diez AVD las cuales son: comer, aseo personal, uso del retrete, bañarse, ducharse, desplazarse, subir o bajar escaleras, vestirse o desvestirse, control de esfínteres. Se realiza una valoración de una forma diferente asignándole un 0, 5, 10 o hasta 15 puntos. El rango total del IB es de 0 siendo la persona completamente dependiente o hasta 100 puntos que sería una persona completamente independiente.

El grado de dependencia se aprecia en los diferentes rangos de puntuación de 0-20 tienen una dependencia total, de 21-60 posee una dependencia severa, de 61-90 manifiesta dependencia moderada, de 91-99 muestra dependencia escasa y con un puntaje de 100 presenta independencia completa⁽³⁵⁾.

El IB brinda información tanto en la puntuación general como en cada una de las puntuaciones específicas para cada actividad. Esto para detallar las declinaciones específicas del adulto mayor y a poder hacer una valoración más sencilla.

La escogencia de las actividades que conforman el IB fue de forma empírica debido a diferentes opiniones como de los fisioterapeutas, enfermeras y médicos. Por lo tanto no existe un modelo al cual se haya tomado como referencia para diseñar el IB.⁽³⁶⁾

Se muestra el índice de Barthel a continuación:

Cuadro N^o 5: Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer
0 = incapaz
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama
0 = incapaz, no se mantiene sentado
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15 = independiente
Aseo personal
0 = necesita ayuda con el aseo personal.
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete
0 = dependiente
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse
0 = dependiente.
5 = independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse
0 = inmóvil
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras
0 = incapaz
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse
0 = dependiente
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces:
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
5 = accidente excepcional (uno/semana)
10 = continente
Control de orina
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente, durante al menos 7 días.
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Fuente: (23)

2.8.4 Diferentes versiones del IB

Se realizaron versiones con ligeras modificaciones a la original por ejemplo la de Collin y Wade en la cual el cambio más notable es que realizan puntuaciones con aumentos de 1 punto en lugar de los 5 puntos en la escala usada originalmente, por lo cual tiene un rango de 1 a 20⁽³⁷⁾.

Granger et al usaron una versión diferente de IB la cual fue modificada por la New England Rehabilitation Hospital la cual introdujo unos cambios menores en comparación al IB original.

Se menciona⁽³⁸⁾se crea posteriormente una versión más extensa que introduce 5 actividades más con un total de 15 actividades de la vida diaria valorables, manteniendo sin embargo los fundamentos básicos de la escala original, esta versión separa la actividad de vestirse y desvestirse según sea la parte del cuerpo, también valora actividades como ponerse dispositivos ortopédicos, beber de una jarra, comer en un plato entre otro tipo de modificaciones realizadas.

El rango de puntuación de la escala no varía debido a que se mantiene una puntuación de 0 a 100 puntos sin embargo la versión de Granger introduce dos índices diferentes los cuales son el índice de autoayuda, con una puntuación de 53 puntos y el índice de movilidad con un puntaje máximo de 47 puntos.

Se muestra a continuación:

<i>Índice de autocuidado</i>	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
<i>Índice de movilidad</i>			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

Cuadro N°6:IB, modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación.

Fuente: ⁽³²⁾

Interpretación

El rango de los valores en estudio se encuentran entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos.

Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia.

A continuación se anota los diferentes rangos de puntuación del índice de Barthel:

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

2.8.5 Valoración de la esfera mental

En esta esfera es importante estudiar la parte mental pero también explorar la parte afectiva y tener en cuenta las variables que afecten a la fragilidad. La población de adultos mayores con deterioro cognitivo es bastante alta más de 20% de todos los adultos mayores, mayores a los 80 años. Esto puede variar según la población estudiada y la metodología empleada.

La importancia de estudiar la esfera cognitiva es debido a su alta prevalencia y sobre todo a que la mayoría de los adultos mayores asocia un estado conductual alterado, además de un pronóstico rehabilitador poco esperanzador⁽³⁹⁾.

Se debe interrogar a la hora de la exploración mental como mínimo lo siguiente:

- Nivel de escolaridad, profesión.
- Presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular).
- Historia familiar de demencia.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Consumo de fármacos y tóxicos.
- Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas.

- Orientación.
- Quejas de deterioro de memoria.

Es importante mencionar que se utilizan diferentes herramientas para valorar el estado mental como por ejemplo Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) del cual se hablara a continuación.

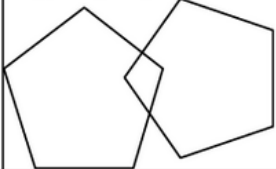
2.8.6 Mini Examen Cognitivo ó Minimental Test Examination

Cuando se explora un paciente con algún tipo de demencias es importante realizar un examen neuropsiquiátrico entre otras muchas pruebas para determinar el grado de deterioro cognitivo que pueda presentar el adulto mayor. Dicho deterioro cognitivo es aquel déficit que ataca diversas funciones mentales básicas como, por ejemplo se relaciona con la concentración, la atención, la memoria, está relacionado con el lenguaje, la coordinación psicomotriz entre muchas otras funciones.

Aparte del proceso de envejecimiento o envejecimiento mental el deterioro cognitivo podría estar presente en muchas otra patologías como, por ejemplo, posterior a trauma craneoencefálico, a psicosis, y también puede verse relacionado a las toxicomanías.⁽⁴⁰⁾

El Mini Examen Cognitivo o Mini Mental State Examination consiste en un test corto que pretende realizar un tamizaje para la valoración del estado cognitivo del paciente, el instrumento original es llamado Mini Mental State Examination o Mini Mental de Folstein publicado en el año de 1975, 1998 y en el 2001, en este trabajo se utiliza la última versión del test la cual hace una puntuación sobre 30 para así poder ajustarse a los estándares internacionales.

Se suele utilizar la denominación en siglas siendo la forma más correcta MMSE, sin embargo en español se ha acostumbrado a mantener el uso de las siglas MEC⁽⁴¹⁾

Temporal orientation (5 points)	What is the approximate time?
	What day of the week is it?
	What is the date today?
	What is the month?
	What is the year?
Spatial orientation (5 points)	Where are we now?
	What is this place?
	In what district are we or what is the address here?
	In which town are we?
Registration (3 points)	Repeat the following words: CAR, VASE, BRICK
Attention and calculation (5 points)	Subtract: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Remote memory (3 points)	Can you remember the 3 words you have just said?
Naming 2 objects (2 points)	Watch and pen
REPEAT (1 point)	"NO IFS, ANDS OR BUTS"
Stage command (3 points)	"Take this piece of paper with your right hand, fold it in half, and put it on the floor"
Writing a complete sentence (1 point)	Write a sentence that makes sense
Reading and obey (1 point)	Close your eyes
Copy the diagram (1 point)	Copy two pentagons with an intersection 

Cuadro N°7: Minimental Test Examination

Fuente: (42)

2.8.7 VALORACIÓN DE LA ESFERA SOCIAL

Aunque la valoración social profunda sea parte de la trabajadora social el médico debe de recopilar toda información de la cual sea de interés para el beneficio del adulto mayor y tengan repercusiones presentes o futuras para el adulto mayor.

Permite valorar la esfera del adulto mayor y su entorno, además que temas relacionados con el hogar, la familia y la sociedad son importantes para manejar al adulto mayor de una manera integral⁽²⁸⁾.

Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración socio-familiar de Gijón.
- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).

2.9 Grandes síndromes geriátricos

El concepto de síndrome geriátrico se puede definir como las características que presentan con más frecuencia los ancianos ingresados en servicios de Geriátrica, respecto a otros servicios este término se utiliza para referirse a un conjunto de enfermedades que tienen una gran prevalencia en los adultos mayores, y que generan usualmente incapacidad funcional y social.

Los diferentes síndromes geriátricos comparten algunas características como por ejemplo entre mayor edad tenga el paciente más común será encontrarlos. Son de carácter sindromico ya que cada uno de ellos está relacionado con una patología diferente, casi cualquier enfermedad se puede presentar en el anciano como uno de estos síndromes.

Posterior a la aparición de un síndrome geriátrico existe un deterioro importante en la calidad de vida de los adultos mayores y usualmente aumenta una dependencia de las demás personas que lo rodean, las cuales si no se cubren usualmente termina en institucionalización del anciano y favorece un aislamiento social.

Es prevenible en muchos casos e incluso se puede recibir un tratamiento práctico si se realiza un adecuado diagnóstico. Su abordaje debe ser de una manera integral y multidisciplinario.

2.9.1 Síndrome de inmovilidad

Se define como la restricción para poder desplazarse o desplazarse por sus propios medios por problemas funcionales, sociales o emocionales. Este síndrome es considerado una vía común en la cual se ven reflejadas muchas enfermedades. Afectan a casi el 20% de los adultos mayores de 65 años, a los 75 años la mitad de los ancianos tiene problemas para desplazarse y un 20% se encuentra confinados en una cama.

La etiología del síndrome de inmovilidad es multifactorial debido a que existen muchas patologías las cuales pueden provocar problemas para la movilidad como, por ejemplo, la osteoartritis, fracturas, enfermedad de Parkinson, Diabetes mellitus, patología cardíaca.

2.9.2 Deterioro cognitivo

Según el Dr. Quesada⁽⁴³⁾ el deterioro cognitivo se caracteriza por ser un síndrome en el cual se presenta una pérdida o un deterioro de las funciones mentales en diferentes dominios conductuales y neuropsicológicos como la memoria, cálculo, orientación, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, personalidad y conducta.

Es una alteración de las diferentes funciones cerebrales superiores de las cuales el paciente expresa su sintomatología, pero en algunas existe la posibilidad de utilizar o no mediante pruebas de tipo neuropsicológicas y usualmente es multifactorial como: depresión, déficit visual y auditivo, hipotiroidismo, entre otros dan paso a una manifestación única⁽⁴⁴⁾.

El deterioro cognitivo exige un abordaje de manera íntegra para lograr determinar si el paciente es afectado por demencia o algún otro problema que se pueda resolver.

La demencia es una enfermedad de tipo neurológico con síntomas neuropsicológicos y también con manifestaciones neuropsiquiátricas que se van a determinar por el desmejoramiento cognitivo y también por la presencia de cambios comportamentales.

Es un síndrome clínico que se identificara por una disminución adquirida en el tiempo de habilidades cognitivas y emocionales de gran gravedad para influir con el adecuado funcionamiento social, ocupacional o ambos.

La demencia y el deterioro cognitivo son términos bastante similares sin embargo se deben de diferenciar por el grado de daño en la alteración en la funcionalidad⁽⁴⁵⁾.

Se menciona que⁽⁴⁶⁾posteriormente a los 60 años inicia un proceso de envejecimiento cerebral. Se observan diferentes cambios en el SNC como lo son:

- Existe una pérdida neuronal progresiva, sobre todo en la sustancia blanca.
- Es evidente la atrofia cerebral debido a un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Existe depreciación en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que conlleva a un defecto del procesamiento de nueva información.
- Se encontrarán disminución de los neurotransmisores, principalmente la acetilcolina que actúa con el sistema límbico para el proceso del aprendizaje, en cual es de forma más lenta para las personas adultas mayores.
- Los cambios a nivel vascular relacionados con la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso, haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis).
- La existencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β -amiloide y lipofuscina a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo, su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo⁽⁴⁷⁾.

2.9.3 Síndrome de úlceras por presión

Se definen las úlceras por presión como lesiones en la piel que son provocadas por la falta de irrigación sanguínea en diferentes partes del cuerpo donde se realiza más presión, sobre todo donde la piel está más cercana al hueso como por ejemplo los tobillos, talones y caderas. La falta de circulación sanguínea se debe generalmente a que las personas están usualmente postradas en cama, en una silla de ruedas o sufren de alguna incapacidad para cambiar de posición.

La forma de percatarnos de que está surgiendo una Úlcera por Presión (UPP) es tomando en cuenta sus etapas de desarrollo.

Primera etapa. La lesión es meramente superficial y se manifiesta con enrojecimiento en la zona presionada.

Segunda etapa. Se manifiesta también en la zona superficial de la piel ocasionando ampollas y erosiones.

Tercera etapa. El tejido graso ya se encuentra afectado y alcanza a los músculos, aunque no los compromete. Cuarta etapa. La ulceración llega hasta el músculo, hueso, articulaciones e, incluso algunas cavidades orgánicas⁽⁴⁸⁾.

Especialmente los Adultos Mayores tienen una mayor propensión a las UPP debido a que su piel se adelgaza y se regenera con más lentitud. Pero también hay otros factores externos que hacen que éstos se encuentren más propensos:

- Humedad que generalmente es resultado de incontinencia urinaria o fecal.
- Pliegues en la ropa
- Camas o asientos muy duros



Cuadro N°8: Grados de úlceras de presión

2.9.4 Síndrome de caídas

Mencionan Quesada et al⁽⁴⁹⁾ que existe un mayor riesgo de caídas en personas adultos mayores con demencia o deterioro cognitivo, esto se puede deber a manifestaciones tempranas o inclusive tardías a la demencia o el deterioro cognitivo, se debe de sospechar más si se presentan de forma repetitiva.

Los factores de riesgo que se debe de tener en cuenta cuando se presenten caídas en un adulto mayor que tenga deterioro cognoscitivo o demencia son: deterioro cognoscitivo severo, abatimiento funcional, caídas previas, déficit visual, sarcopenia, alteraciones de la conducta, alteraciones motoras asociadas, uso de neurolépticos (antipsicóticos), baja densidad mineral ósea, y fragilidad.

Es importante la exploración del estado cognoscitivo a todos los adultos mayores que presenten síndrome de caídas y alteraciones de la marcha en búsqueda de deterioro. Se recomienda como por ejemplo enviar a valoración por el servicio de oftalmología en caso de sospecha de privación sensorial, mejorar la marcha del individuo con terapia, eliminar todo aquel fármaco que produzca hipotensión y tenga relación con las caídas y también eliminar los fármacos que provoque algún deterioro cognitivo por ejemplo las benzodiacepinas, mantenerlos en un ambiente tranquilo y eventualmente controlar la agitación asociada a la demencia y promover a que realicen actividad física al menos 2 o tres veces por semana, para mejorar fuerza física, la flexibilidad y la estabilidad⁽⁵⁰⁾.

2.9.6 Síndrome de fragilidad

Se define como síndrome de fragilidad como aquel estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es considerado como un factor de riesgo para desarrollar síndrome de fragilidad en un lapso de por lo menos 10 años, y esta relación que existe aumenta la mortalidad a 5 años hasta inclusive un 44.5%⁽⁵¹⁾.

Es conveniente de implementar un plan integral en las personas mayores que tienen síndrome de fragilidad y alteración cognoscitiva para poder hacer mejorar el pronóstico. Se debe hacer limitación de la prescripción de fármacos que interfieran con el estado cognitivo, provoquen mareo o afecten el músculo y sobre todo mejorar la ingesta.

2.9.7 Depresión

En su inicio tardío⁽⁵²⁾ la depresión tomando en cuenta los 60 años y más aumenta el riesgo de dos veces para desarrollar enfermedad de Alzheimer y aumenta hasta tres veces para desarrollar demencia vascular, en los próximos 5 años.

Existe una herramienta útil y muy fácil de utilizar por un médico no especialista en salud mental para realizar el diagnóstico de depresión es recomendable su uso en el primer nivel de atención, es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)⁽⁵³⁾.

Utilizar el tratamiento antidepresivo ayuda en la cognición y la funcionalidad en personas con demencia y depresión.

Se debe individualizar según las comorbilidades, reacciones farmacológicas y sobre todo el estado del paciente, se debe de dosificar en dosis aun menores en personas jóvenes, debido a que el adulto mayor con demencia es usualmente expuesto a desarrollar efectos adversos a los psicotrópicos.⁽⁵⁴⁾

2.9.8 Delirium

Las personas mayores que tienen por lo menos algún indicio de delirium van a tener un alto riesgo de demencia a 5 años. El porcentaje de delirium en personas mayores que presentan demencia y viven dentro de la comunidad es del 13%⁽⁵⁵⁾.

El delirium (del lat. delivare: divagar) hace referencia al síndrome confusional agudo, al que se le suman trastornos ideativos (delirios) y perceptivos (alucinaciones e ilusiones). Los ancianos revelan ser mucho más vulnerables que los jóvenes y esto es evidente en las salas de clínica médica, donde el anciano ingresa por un síndrome confusional agudo o por otra patología y durante la internación desarrolla el delirium. Se sustenta que hasta el 50% de los pacientes seniles en alguna ocasión ha presentado un episodio confusional agudo. En los enfermos hospitalizados es el trastorno neuroconductual más frecuente.

No existe ninguna evidencia clara de un método para tratamiento del delirium en personas mayores con alguna demencia, pero el manejo es parecido al del delirium sin demencia, éste debe ser abarcar diferentes disciplinas y centralizado a los diferentes factores de riesgo y desencadenantes, con medidas farmacológicas y no farmacológicas⁽⁵⁶⁾.

2.9.9 Polifarmacia

Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética y estados de especial susceptibilidad del adulto mayor a presentar reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas. Las comorbilidades inducen mayor riesgo ya que pueden afectar la absorción, excreción y metabolización de fármacos y la necesidad de ampliar las terapias complican la prescripción segura. Existen criterios en literatura internacional que describen fármacos inapropiados para el adulto mayor, ya sea por su toxicidad como por que existen alternativas más seguras en este grupo etario.

Factores no farmacológicos como las redes sociales de apoyo, el deterioro cognitivo, los trastornos de órganos de los sentidos, entre otros, pueden influir importantemente en el éxito o fracaso de una terapia⁽⁵⁷⁾.

Existe una gran relación entre la polifarmacia y el riesgo de demencia en adultos mayores 44% aquellos con polifarmacia y un 32% sin polifarmacia. El peligro de desarrollar demencia aumenta de manera proporcional al número de fármacos ingeridos⁽⁵⁸⁾.

Los medicamentos con principios anticolinérgicos intervienen con el estado cognitivo de forma aguda (delirium) y crónica (deterioro cognitivo) en las personas mayores y se recomienda evitarse en las personas que presentan algunos factores de riesgo para cualquiera de esas condiciones⁽⁵⁹⁾.

Ya una vez que se manifiesta el deterioro cognitivo o el delirium se debe retirar y evaluar el estado cognoscitivo después de un cierto tiempo⁽⁶⁰⁾.

2.9.10 Desnutrición

Las mujeres que son mayores de 65 años, que posean un índice de masa corporal bajo o normal con adiposidad central (índice cintura cadera > 0.8) se debe de catalogar como un factor de riesgo para desarrollar demencia, todo lo contrario, es con el sobrepeso y la obesidad que son factores protectores.

Los diferentes programas de adecuación nutricional y complementos nutricionales pueden lograr evitar la desnutrición en la población de adultos mayores que presenten demencia, pero sin embargo no tienen ningún tipo de efecto en el deterioro funcional⁽⁶¹⁾.

Es importante el uso de prótesis dental debido a que esto suele ser un impedimento mayor para el consumo de calorías en esta población⁽⁶²⁾.

Existen diferentes tipos de desnutrición como, por ejemplo:

Está la desnutrición calórica la cual está asociada a enfermedades crónicas que afectan la ingesta de alimentos por parte de los individuos. Pueden presentar caquexia con pérdida de masa muscular generalizada y pérdida importante de grasa subcutánea, no se evidencia edemas periféricos y existe presencia de pérdida de proteínas viscerales.

Luego está la desnutrición proteica la cual consiste en un inicio y desarrollo muy rápido comparadas con las demás, suele presentar edemas marcados.

Esta la desnutrición mixta la cual en personas que anteriormente han presentado una desnutrición calórica y que sufren un proceso agudo provocando una desnutrición calórico-proteica por no poder hacer frente a los requerimientos proteicos⁽⁶³⁾.

La ausencia de un método de valoración nutricional que pueda ser considerado como “gold standard” dificulta notablemente la tarea. Están descritos en la literatura múltiples métodos de cribado y de valoración nutricional. Todos tienen ventajas y desventajas lo cual hace difícil elegir uno como el más adecuado.

Se debe de tener presente que el diagnóstico de desnutrición no puede basarse en un único dato sino en la síntesis de la información obtenida a partir de diferentes pruebas. Se deben incluir datos de la historia clínica, parámetros antropométricos y determinaciones bioquímicas que nos aportaran la información necesaria para realizar la valoración nutricional.

Cuadro N°9 :Índice de masa corporal ajustado a la población de adultos mayores.

Estado Nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)
Enflaquecido /a	Menor de 23
Normal	23,1 a 27,9
Sobrepeso	28 a 31,9
Obeso	32 o mas

Fuente: ⁽⁶⁴⁾

2.9.11 Síndrome de Incontinencia Urinaria

Se puede definir como la pérdida involuntaria de la orina, la cual se puede demostrar de una manera objetiva, es un problema a nivel higiénico y de ámbito social. Su prevalencia se verá afectada según mayor edad se menciona que el 60% de todos los adultos mayores hospitalizados y un 50% de los ancianos institucionalizados presentan incontinencia urinaria. En cambio, los adultos mayores que se encuentran residiendo en la comunidad presentan rangos del 10% al 25%.

Menos de la mitad de personas que se ven afectados por este problema buscan ayuda médica, por lo cual presentaran muchas limitaciones como por ejemplo el 30% tendrá problemas para utilizar el transporte público, el 40% para visitar a sus amigos y el 45% para realizar compras por lo cual es evidente como la incontinencia es un problema que causa dependencia y aislamiento social.

Se define como incontinencia aguda aquella que tiene una duración de una a tres semanas y se habla de incontinencia persistente o crónica aquella que supera las cuatro semanas. Su etiología es multifactorial como en el caso de otros grandes síndromes geriátricos.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico para tratar de una adecuada manera a los pacientes que lo sufren, el tratamiento incluye varias opciones terapéuticas como por ejemplo el ejercicio de kegel para fortalecer la musculatura del piso pélvico, farmacoterapia o tratamiento quirúrgico dependiendo del tipo de incontinencia urinaria.

Cuadro N°10: Medidas preventivas para evitar incontinencia

Medidas preventivas para evitar la incontinencia
Realizar actividad física regular
Evitar el estreñimiento y la impactación fecal
Evitar la ingesta de líquidos desde media tarde en personas con problemas de micción nocturna
Iluminación adecuada y acceso fácil al cuarto de baño
Disponer de orinal u otro dispositivo que contrarreste la urgencia miccional
Evitar, si es posible, el empleo de hipnóticos, sedantes y diuréticos
Adiestramiento en los ejercicios de suelo pélvico especialmente en mujeres con embarazos múltiples y partos vaginales

Fuente: ⁽⁶⁵⁾

2.12 La realidad de la persona adulta mayor en la Sociedad

Según el Dr Quesada et al⁽⁶⁶⁾ al hablar del adulto mayor y su relación en la sociedad, es importante entender los aspectos teóricos relacionados con su entorno que ayuden a entender mejor su situación para definir la función que realiza este grupo social.

Cuando se trata de definir al adulto mayor o a las personas de la tercera edad, se menciona que las personas adultas mayores son determinadas posteriores a los 60 años en los cuales se toman en cuenta diferentes factores como los sociales, biológicos y cronológicos. Sin embargo, la asamblea mundial sobre envejecimiento fijo al adulto mayor como aquella persona con edades entre los 60 y 80 años de edad⁽⁶⁷⁾.

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural el cual es inevitable porque de acuerdo a la ley de la vida todo ser vivo llega a envejecer de esta manera no se debe tratar como si fuera una enfermedad sino más bien a una etapa de la vida de la cual se debe

aprender a disfrutar y a vivirla al máximo porque ya para ese momento se han logrado alcanzar todos los proyectos de vida y es la oportunidad de disfrutar.

Pero de cualquier manera un gran porcentaje de adultos mayores sufre de depresión, de intensidad leve a moderada, se debe principalmente a factores de tipo sociales y económicos por eso se debe comprender el envejecimiento como un proceso de tipo individual que lo va a definir la manera en que el adulto mayor lo sepa sobrellevar en hacer frente a los problemas que se presenten en esta etapa de la vida⁽⁶⁸⁾.

Según el Dr Quesada et al⁽⁶⁹⁾ la autoestima es una cualidad inseparable del ser humano pero a través de la vida el ser humano la desarrolla en concordancia con las variables y situaciones que se presentan en la vida entonces la autoestima afectara de manera positiva o negativa según sea el caso.

La autoestima es una actitud la cual puede ser favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia él mismo, teniendo un grupo de razones y de sentimientos. De esta manera los componentes que conforman el, sí mismo, son semejantes que los de las actitudes, un tema afectivo que se compara con la autoevaluación.

La autoestima es la contemplación que el individuo hace y desarrolla en relación a sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o desea. Este concepto se forma a través de la experiencia siguiendo el mismo proceso de abstracción empleado en diferentes áreas de la experiencia⁽⁷⁰⁾.

En la actualidad el ser humano se está enfrentando a la realidad del proceso de envejecimiento en una sociedad caracterizada por ser muy competitiva con una increíble necesidad de eficiencia con pérdida de valores tanto morales como espirituales, en una sociedad acelerada en transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, y culturales han dado pie a que el abuelo no encuentre espacio para ser figura importante. En estos términos es posible que la persona adulta mayor viva la etapa de su jubilación como un entorno de pérdida y minusvalía como tipo de marginación social⁽⁷¹⁾.

Es muy fácil que se sienta a si misma como una persona que ya no cuenta con mucho para las demás personas porque descubre que los demás ya no lo toman tanto en cuenta.

No es raro por lo tanto que algunas personas adultas mayores, tengan la experiencia de vivir un quebranto importante en su autoestima.

Este quebranto en la autoestima significa que la persona adulta mayor se aleje de las funciones que puede desempeñar en diferentes campos en la sociedad agregado a eso se puede convertir en una persona más sedentaria y menos activa lo que la llevaría a daños en su autoestima y en su salud debido a que siente que ya no se le da importancia dentro de la sociedad y desarrollen niveles de ansiedad peligrosos tanto para la salud física como emocional⁽⁷²⁾.

La ansiedad suele producir una autoestima baja, definiendo una serie compleja de hechos psicológicos que va a producir situaciones de odio y desprecio hacia sí mismo, para afrontar esta situación de ansiedad el adulto mayor se hace una imagen en su mente idealizada la cual le produce una sensación de fuerza y de confianza.

La atribución social y cultural en la vida de las personas adultas mayores debe ser un asunto el cual debe manejarse cuidadosamente debido a que la sociedad tiene un papel importante en sus vidas.

Si existe una valoración negativa hacia este grupo social va a provocar que muchas de estas personas decaigan en su actitud hacia la vida y se juzguen ellos mismos de una mala manera⁽⁷³⁾.

Los problemas familiares, la soledad, el desprecio, el maltrato y algunas otras formas de violencia que aquejan por causas ajenas a su voluntad hacen que la valoración de ellos mismos sea baja y debido a ésta situación no pueden disfrutar de un nivel de vida adecuado.

El Dr Quesada comenta⁽⁷⁴⁾ que de esta manera las actitudes de la sociedad y los prejuicios que ésta genera, produce dos campos de acción no compatibles por un lado está la indiferencia hacia el adulto mayor y el olvido de las personas llevan al desapego y de esta forma se da una autoevaluación negativa y por otra parte el compromiso y el respeto llevan al apego y a la autovaloración. La poca importancia que se le da al conocimiento y la experiencia que pueden atribuírseles a estas personas son el resultado de directo del

olvido social e implica la destrucción de la historia individual y colectiva que formo la persona adulta durante toda su vida.

El reforzamiento positivo de las personas adultos mayores es un elemento imprescindible para la transmisión de la cultura y el mejor aprovechamiento de esos recursos tan valiosos como así también lo es la unión entre jóvenes y adultos mayores siendo así de esta manera que se logra que estas personas se sientan incluidas en la sociedad y no se les margine, aprovechando de esta manera la gran experiencia y acumulo de conocimientos enriquecedores⁽⁷⁵⁾.

Pero sin embargo se debe de tener en cuenta que cuando indica que el proceso hacia la vejez de la población ha impresionado a una sociedad con una imagen de juventud y solamente en los últimos veinte años ha venido siendo un tema de interés público.

Se ha intentado emplear diversas iniciativas de diferente índole con orientación, programas tanto públicos como privados destinados a tener en cuenta al creciente grupo de personas adultas mayores, a través de actividades que les permite conservarse sanos y sentirse útiles en la sociedad⁽⁷⁶⁾.

De la misma forma se explica que una parte muy importante del tratamiento de ésta problemática social lo conforma el cambio en el cual se ve la cultura de la vejez lo cual implica una transformación de la actitud hacia esta etapa de la vida, tanto de las generaciones más jóvenes como de la misma generación de adultos mayores.

En los días de hoy pueden observarse muchas imágenes y términos de las personas adultas mayores como conformadores de la sociedad, sin embargo, siempre predominan las tradiciones, aun cuando se intente cambiar la imagen cultural⁽⁷⁷⁾.

Dados los grandes esfuerzos que se han realizado para lograr un mayor desenvolvimiento de este grupo poblacional en la sociedad, ha sido muy sorprendente para nuestra sociedad la cual está muy poco preparada para afrontar este cambio en la población de adultos mayores debido a que existe una imagen muy juvenil en nuestra sociedad⁽⁷⁸⁾.

El Dr. Quesada menciona⁽⁷⁹⁾ debe tenerse siempre presente que la persona adulta mayor va a tener una visión clara de la realidad que lo rodea, esta consiente del papel que juega en la sociedad.

Respecto de lo analizado, la experiencia es la mayor virtud que poseen los adultos mayores y si la sociedad pudiera sacarle el provecho adecuado sería una herramienta sumamente útil para hacerle frente a los retos que se presentan en la actualidad. Lo cual muchas veces es reclamado por las personas más jóvenes que alegan que no se les da la oportunidad a los adultos mayores de compartir toda esa experiencia a la población.⁽⁸⁰⁾

Desde otro punto de vista la experiencia adquirida sobre todo en la escuela de la vida por parte de la persona adulta mayor es una herramienta sumamente útil con la cual cuentan pero sin embargo aunque se considere el conocimiento de estas personas una virtud valiosa no existen los espacios apropiados para que este discernimiento sea compartido con las nuevas generaciones debido principalmente a que las personas jóvenes no se rebajan a escuchar o prestarles atención o sobre todo a seguir lo que aconsejan y creen que lo que las personas mayores dicen ya está fuera de moda⁽⁸¹⁾.

En las sociedades orientales por ejemplo la edad es sinónimo de veneración y de importancia. Las personas mayores son ejemplos a los que los jóvenes quieren imitar, son realmente un tesoro de la sociedad y son cuidadas y veneradas como tal.

No así en occidente el materialismo, el consumismo y la gran modernización hace más bien que estas personas sean apartadas y vistas muchas veces como un estorbo por lo cual lo que hacen muchas familias es internarlas en un hogar de ancianos o cualquier institución encargada de velar por las personas adultas mayores o un centro de atención para este tipo de población.

Se le debe de generar la oportunidad de integrarse en las actividades que la sociedad realice, porque con su experiencia es más fácil que las personas más jóvenes puedan afrontar de mejor manera los retos del diario vivir.

Todo esto puede lograrse con un acercamiento de los grupos generacionales para que éste tenga una relación más afín y se complementen mutuamente, debe olvidarse de la idea que se ha planteado en la sociedad la cual dicta que el adulto mayor es una persona que ya no aporta nada útil a la sociedad⁽⁸²⁾.

En la actualidad se dan esfuerzos de mucho valor para dar oportunidad a diferentes proyectos que incentiven la participación de este grupo de personas sin embargo existe mucho camino el cual se debe de recorrer.

Es importante la función social para el adulto mayor como persona consejera, teniendo la misma oportunidad que las demás personas jóvenes debido a que su experiencia contrastan a su pérdida de energía y fuerzas⁽⁸⁴⁾.

La problemática que más afecta es que la juventud no les da espacios necesarios para que puedan aportar su ayuda en la sociedad y sentirse útiles.

2.13 Redes de apoyo

A medida que avanza la edad, la persona adulta mayor requiere asistencia que compense las limitaciones crónicas propias del envejecimiento y la posible disminución de los ingresos. Se trata de un conjunto de ayudas que no exigen preparación técnica específica pero sí cercanía con el adulto mayor.

Dada la naturaleza de la asistencia, no existe una división natural del trabajo sobre quién debe prestar esta ayuda. En ausencia de programas públicos (estatales o comunitarios) y sin posibilidades de adquirir algún servicio en el mercado⁽⁸⁶⁾.

La asistencia y el cuidado tienden a recaer sobre todo en hijos e hijas, y particularmente en estas últimas, ya sea que vivan dentro del hogar o fuera de este. Entre los hombres, uno de cada cuatro vive con el cónyuge frente a solo una de cada ocho mujeres . Esto se debe a la mayor sobrevivencia de las mujeres: estas enviudan en edades relativamente tempranas, en comparación con los hombres.

Se menciona que los arreglos residenciales en distintos grupos de edad reflejan cambios en el ciclo de vida. Por un lado, cuando las parejas se desintegran, las personas adultas mayores viven solas o en hogares multigeneracionales; ocurre con mayor frecuencia a las mujeres y a quienes viven en el Área Metropolitana. El

desmembramiento del hogar, unido a los problemas de autonomía que pueden aquejar a la población adulta mayor, influyen para que, después de los 80 años, menos personas adultas mayores vivan en pareja, aunque aumenta el número de las que viven solas.

Una de las características de la red de apoyo informal es que, junto a la ayuda, existe un apoyo afectivo. Por esta razón, el contacto frecuente con los hijos o hijas es un componente de la red informal. De estos, dos tercios son visitados diariamente por un hijo o una hija. Una cuarta parte de quienes tienen descendientes fuera del hogar solo recibe visitas mensuales de parte de estos⁽⁸⁷⁾.

2.13.1 Fortaleza de la red de apoyo

Para medir el grado de fortaleza de la red informal de la población adulta mayor, se toman en cuenta aspectos como: hogar solitario, convivencia con pareja, convivencia con hijos, contacto personal con hijos semanalmente o con mayor frecuencia y, por último, contacto con hijos mensualmente. El conteo de la frecuencia de cada una de estas situaciones para la persona adulta mayor genera un índice que describe las condiciones de apoyo de la persona. No se trata de una medida de transferencias específicas, sino de las posibilidades de que eventualmente ocurran.

Cuadro N°10 : Configuración del hogar de la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia en Costa Rica

Configuración del hogar	Total	Sexo		Edad en años			Área de residencia	
		Hombre	Mujer	65-69	70-79	80 +	GAM	Resto del país
Hogares autónomos – vive solo	11,9	11,9	12,0	8,8	11,6	17,7	11,4	12,5
Hogares autónomos – vive con cónyuge	19,3	26,5	12,9	21,0	21,6	11,5	17,1	21,9
Hogares multigeneracionales	68,8	61,6	75,1	70,2	66,7	70,8	71,5	65,6

Fuente:⁽⁸⁸⁾

Se menciona que esto ocurre con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres puesto que hay más hombres que viven en pareja. A mayor edad es menor la fortaleza de la red; por un lado, a causa de la pérdida del cónyuge y, por otro, a la probable disminución de corresidentes en el hogar.

A pesar de los altos niveles de coresidencia, alrededor de una de cada diez personas adultas mayores tiene un puntaje de fortaleza de la red de 0 ó 1. Es decir, uno de cada diez individuos tienen muy pocas o ninguna posibilidad de contar con una red de apoyo informal, lo cual ocurre con mayor frecuencia entre las personas adultas de mayor edad y quienes viven en el área metropolitana. Es probable que algunas de estas personas residan en hogares de ancianos u otras instituciones.

No obstante, estos casos son escasos se trata de personas con pocas posibilidades de contar con apoyo de la red informal compuesta por los familiares inmediatos.⁽⁸⁶⁾

Casi una de cada diez personas adultas mayores no satisface sus necesidades de apoyo; los grupos etarios más jóvenes y los más avanzados carecen de ayuda. En el caso de los más jóvenes es probable que dicha carencia corresponda al inicio de la pérdida de funcionalidad y su progresivo aumento, problemas que, por lo general, suceden a medida que aumenta la edad.

En lo referente al tipo de ayuda que recibe la persona adulta mayor, no hay correspondencia entre la necesidad de ayuda y la medida en que esta se satisface.⁽⁸⁶⁾

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de investigación de este trabajo es de tipo cuantitativo debido a que se hace una recolección de datos empleando diferentes herramientas para las entrevistas, las cuales nos dan datos de carácter numérico y estadístico.

Se hace el estudio y se obtienen los resultados de las variables en cifras numéricas.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio que se realiza es un estudio descriptivo, ya que el trabajo de investigación describe las características clínicas, funcionales y cognitivas en personas adultas mayores en el Hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo entre el año Junio y Julio del año 2017.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Población

La población es de 202 adultos mayores de las cuales se trabaja con la totalidad de la población debido a que el estudio es dirigido a caracterizar su estado clínico, funcional y cognitivo en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en los meses de junio a Julio en el año 2017.

3.3.2 Muestra

Debido a la cantidad de residentes en el hogar de ancianos y al tipo de estudio que se pretende realizar, no se tomara una muestra sino se incluirá toda la población debido a

que se intenta caracterizar el estado clínico, funcional y cognitivo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Mayores de 65 años.
2. Adecuada respuesta al medio y al entrevistador por parte de los adultos mayores.
3. Disponibilidad de bases de datos del entrevistado.
4. Perteneciente a cualquier nacionalidad.

Criterios de exclusión

1. Inexistencia de los expedientes de los entrevistados.
2. Ilegibilidad de los expedientes.
3. Adultos mayores que fallezcan durante la elaboración del trabajo de investigación.
4. Adultos mayores que abandonen el hogar de ancianos durante el proceso de investigación.

3.4 Instrumentos para la recolección de la información

Se utilizan dos tipos de instrumentos para la recolección de información los cuales son el test de Barthel y el Mini Mental Test siendo estos estudios de categoría internacional que valoran el perfil funcional y cognitivo, respectivamente, también se recolecta información de índole personal del paciente accediendo a los expedientes clínicos del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

3.4.1 Validez del cuestionario

El índice de Barthel y el Mini Mental Test, siendo estos estudios de categoría internacional que valoran el perfil funcional y cognitivo, respectivamente.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

Los cuestionarios que se aplican a los adultos mayores del hogar de Ancianos Santiago Crespo son enfocados a determinar las deficiencias funcionales, clínicas o cognitivas que están presentes en ellos, son cuestionarios de carácter internacional y aprobados por estudios científicos y son usados en el quehacer diario en muchos hospitales geriátricos alrededor del mundo.

Dichos cuestionarios, el índice de Barthel y el Mini Mental Test son enfocados y especializados para determinar el nivel de funcionalidad y el nivel de cognición de la población de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo tiene un diseño de investigación observacional, porque se aplica en un único momento, además de que el entrevistador no tiene interferencia con ninguna de las variables presentes en el estudio.

Además, es descriptivo debido a que solamente se describe la situación sin involucrarse con los sujetos de estudio y es de corte transversal, porque el estudio se realiza en un determinado momento.

Los diseños transversales son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Los estudios transversales pueden ser descriptivos o analíticos: Descriptivos: simplemente describen la frecuencia de una exposición o resultado en una población definida.

Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Dimensión operacional	Definición instrumenta	Fuente de información
Caracterizar la población residente del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo según edad, sexo, procedencia y grado académico.	Edad	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona	65 -69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años >85 años	Aplicación del instrumento correspondiente	Historia Clínica Geriátrica	Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo

	Sexo	Es el conjunto de las singularidades que hacen que se caractericen los individuos de una especie determinada	Masculinos Femeninos	Aplicación del instrumento correspondiente	Historia Clínica Geriátrica	Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo
	Lugar de procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Alajuela Poas San José Puntarenas Guanacaste Limón	Aplicación del instrumento correspondiente	Historia Clínica Geriátrica	Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo

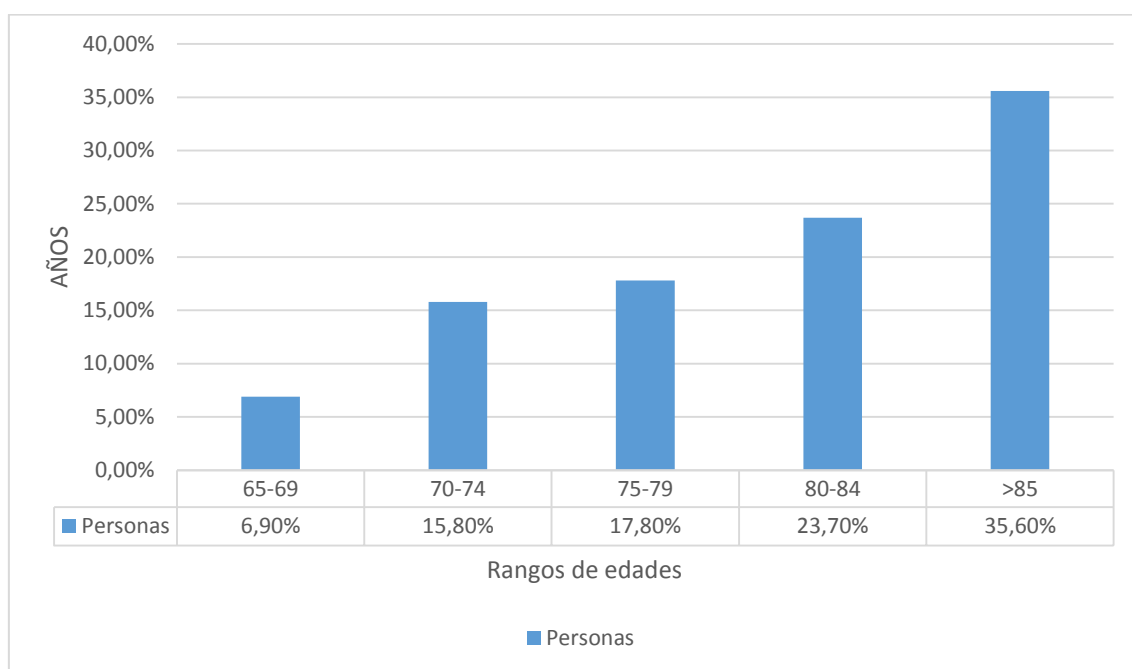
	Grado Académico	Es aquel reconocimiento dada por alguna institución educativa, posteriormente de la finalización de algún programa de estudios	Primaria Secundaria Universidad Profesional	Aplicación del instrumento correspondiente	Historia Clínica Geriátrica	Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo
Describir la funcionalidad según actividades básicas de la vida diaria de personas residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo utilizando el índice de Barthel	Funcionalidad	La funcionalidad se define como la facultad que posee una persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, sin necesidad ayuda.	Independencia Dependencia Leve Dependencia Moderada Dependencia Severa	Aplicación del instrumento correspondiente	Índice de Barthel. Historia Clínica Geriátrica	Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo

<p>Analizar mediante el Mini mental test los diferentes niveles de déficit cognitivo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.</p>	<p>Nivel Cognitivo</p>	<p>Es la habilidad de una persona para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento y la experiencia obtenida a través del tiempo.</p>	<p>Estado cognitivo normal</p> <p>Déficit cognitivo leve</p> <p>Déficit cognitivo moderado</p> <p>Déficit cognitivo severo</p>	<p>Aplicación del instrumento correspondiente</p>	<p>Mini Mental Test.</p> <p>Historia Clínica Geriátrica</p>	<p>Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo</p>
<p>Identificar el estado clínico de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de acuerdo con sus antecedentes personales patológicos clasificándolos en sistemas.</p>	<p>Antecedentes Personales Patológicos</p>	<p>Son las patologías de las cuales padece el entrevistado en dicho momento. Es parte importante de la historia clínica</p>	<p>Hipertensión</p> <p>Diabetes Mellitus</p> <p>Dislipidemia</p> <p>Cáncer</p> <p>Artrosis</p> <p>Enfermedad cerebrovascular</p>	<p>Aplicación instrumento correspondiente</p>	<p>Historia Clínica Geriátrica</p>	<p>Expedientes de adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo</p>

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

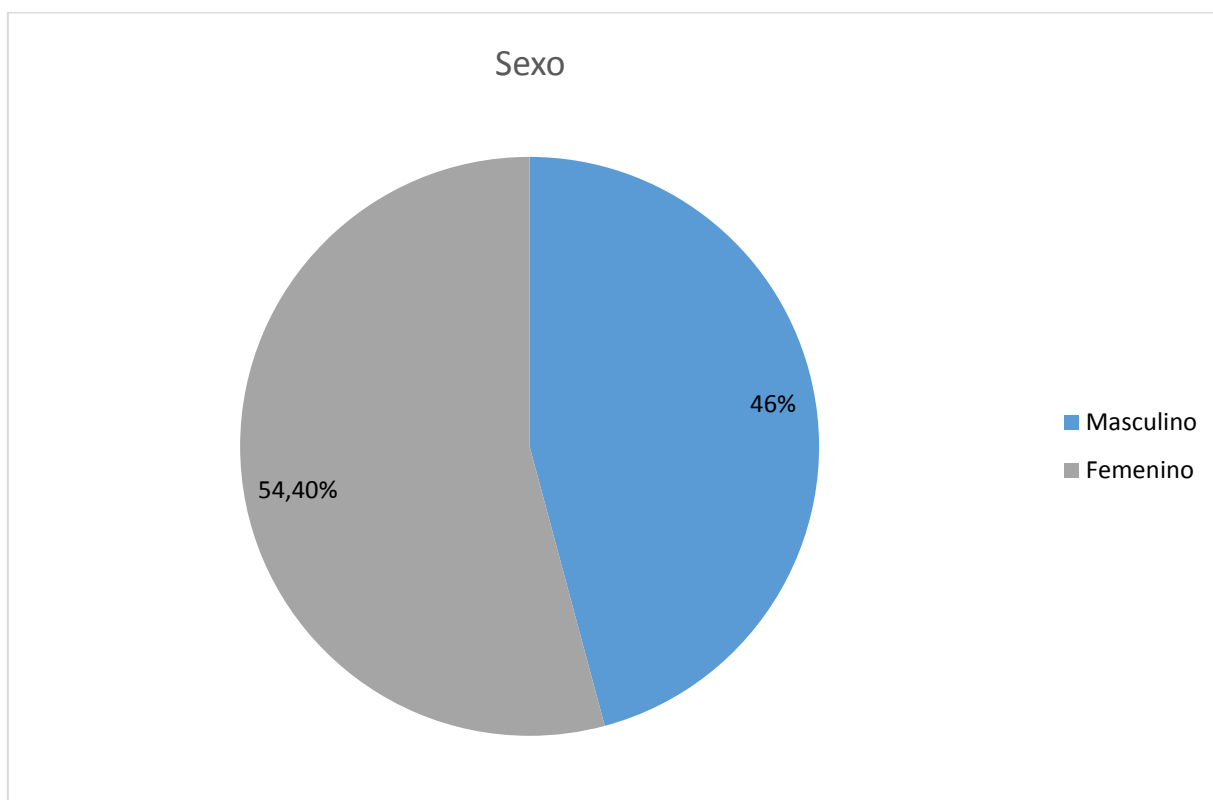
Grafico N° 1: Distribución por rango de edades de los adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.



Fuente: Realización propia, con datos de expedientes clínicos del Hogar de Ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En el presente gráfico se realiza una distribución por rangos de edad de los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo entre Junio a Julio del 2017, la mayoría de adultos mayores tienen una edad superior a los 85 años de edad, el rango de edad en el cual se aprecia menor residentes en el hogar de ancianos es en el rango de los 65 a los 69 años de edad

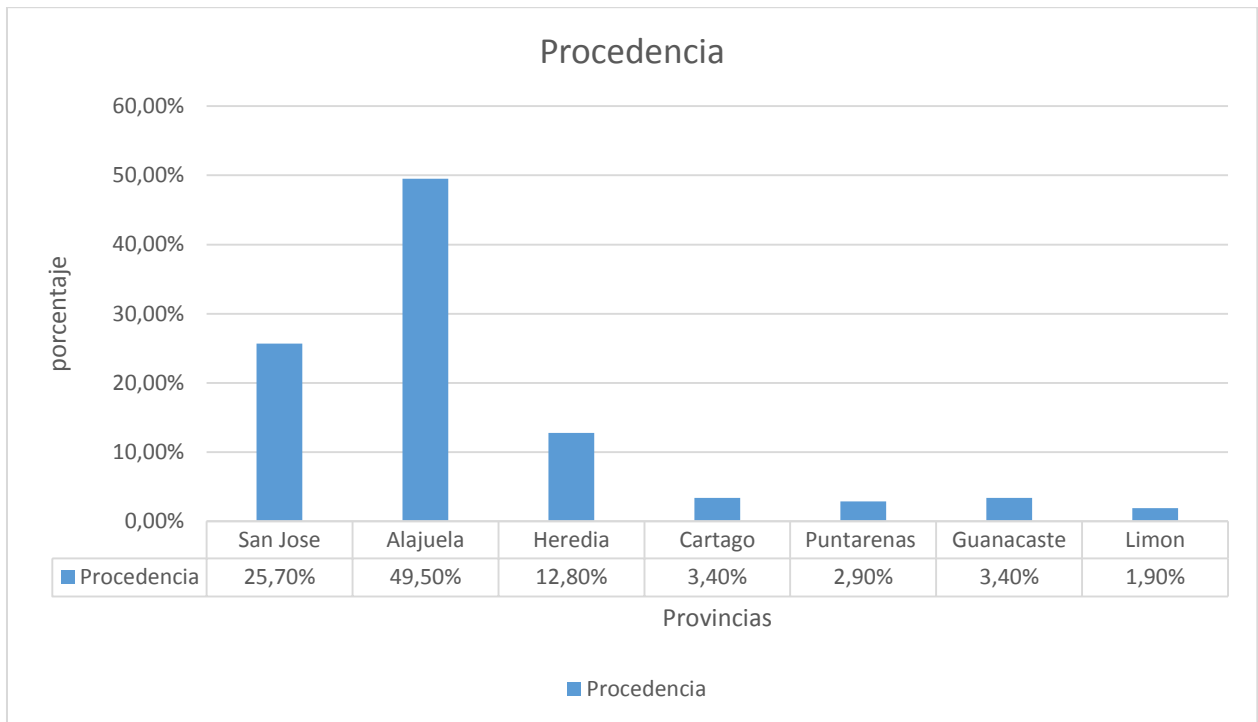
Gráfico N° 2 Distribución según sexo de adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.



Fuente: Realización propia, aplicación de cuestionarios en hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En el presente gráfico se aprecia una mayoría de presencia femenina en la población de adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo entre Junio a Julio del 2017. Posteriormente se encuentra la población masculina.

Grafica N° : 3 Distribución según procedencias previa al ingreso de los adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017.



Fuente: Realización propia, aplicación de los respectivos cuestionarios en el hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

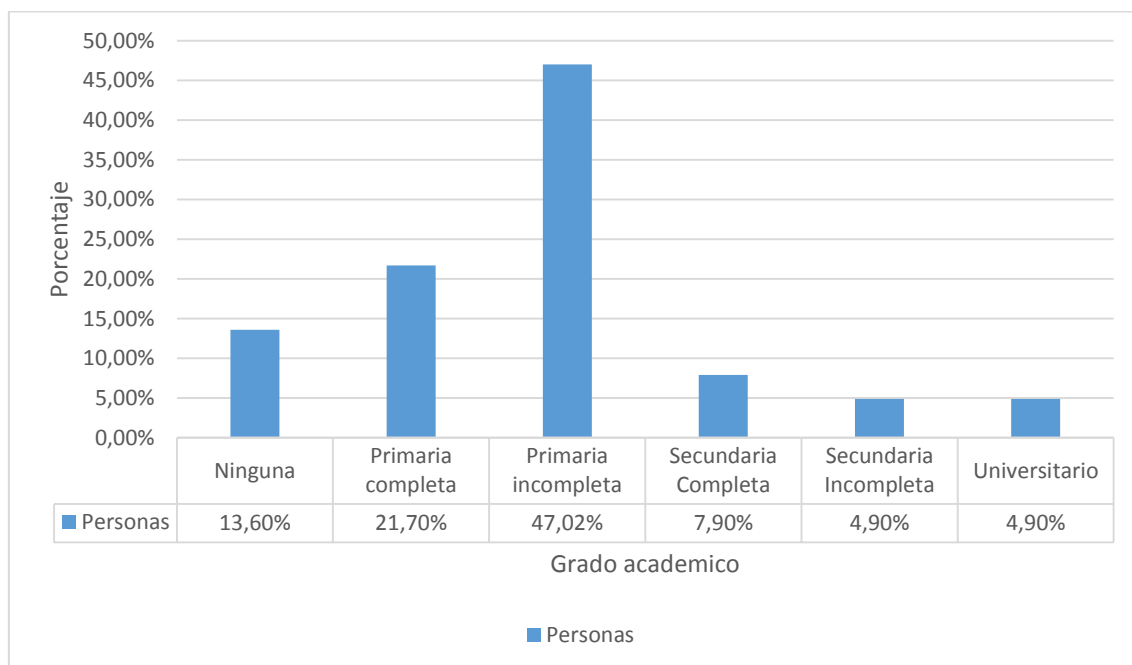
En el gráfico numero dos se hace una distribución por provincias de la procedencia de cada adulto mayor llegado al hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo con una mayoría procedente de la provincia de Alajuela.

Luego en segundo lugar de procedencia por provincias se encuentra la provincia de San José, seguido en tercer lugar de procedencia, la provincia de Heredia

La provincia de Puntarenas se encuentra en el quinto lugar de procedencia de los adultos mayores al hogar de ancianos Santiago Crespo

En último lugar se encuentra la provincia de Limón que provienen de ese lugar únicamente 4 adultos mayores.

Grafica N° 4: Distribución según grado de escolaridad de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.



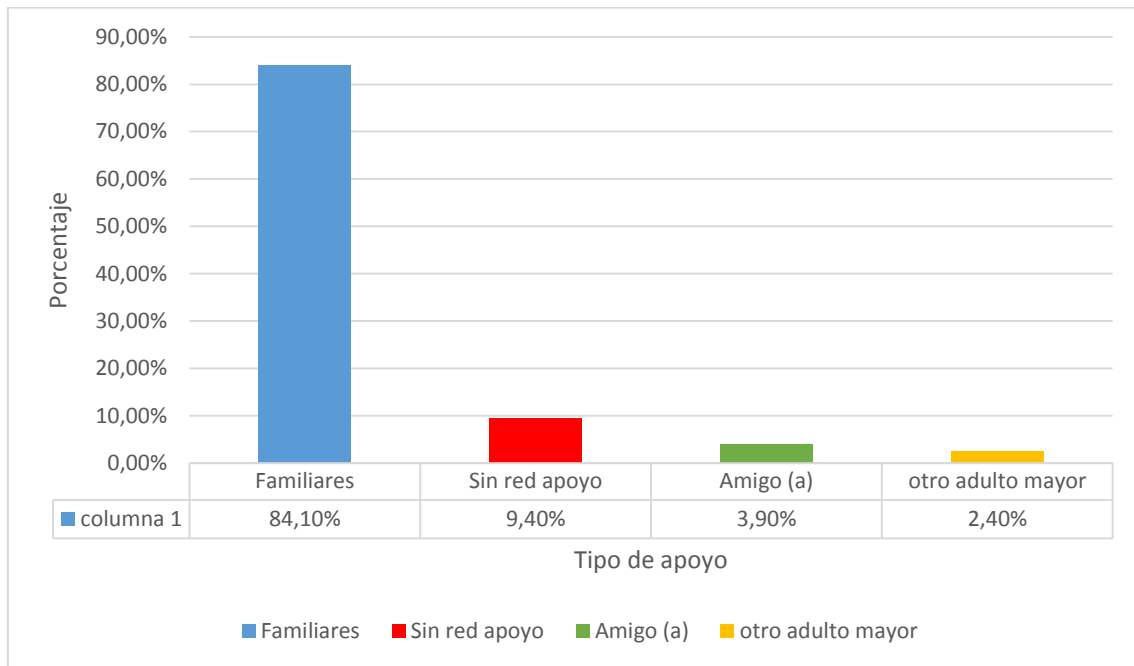
Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En la gráfica que se muestra se realiza la distribución de la escolaridad de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo entre Junio y Julio del 2017.

En primer lugar, presentan los adultos mayores una escolaridad de primaria incompleta. Le siguen los adultos que no tuvieron acceso a ninguna educación académica. Posteriormente se encuentran los adultos mayores que lograron completar la secundaria.

Cerca de un 4.9% de los adultos mayores dejó inconclusa la secundaria y finalmente, solo un 4.9% de los adultos mayores tienen un grado universitario.

Grafica N° 5: Distribución según red de apoyo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.



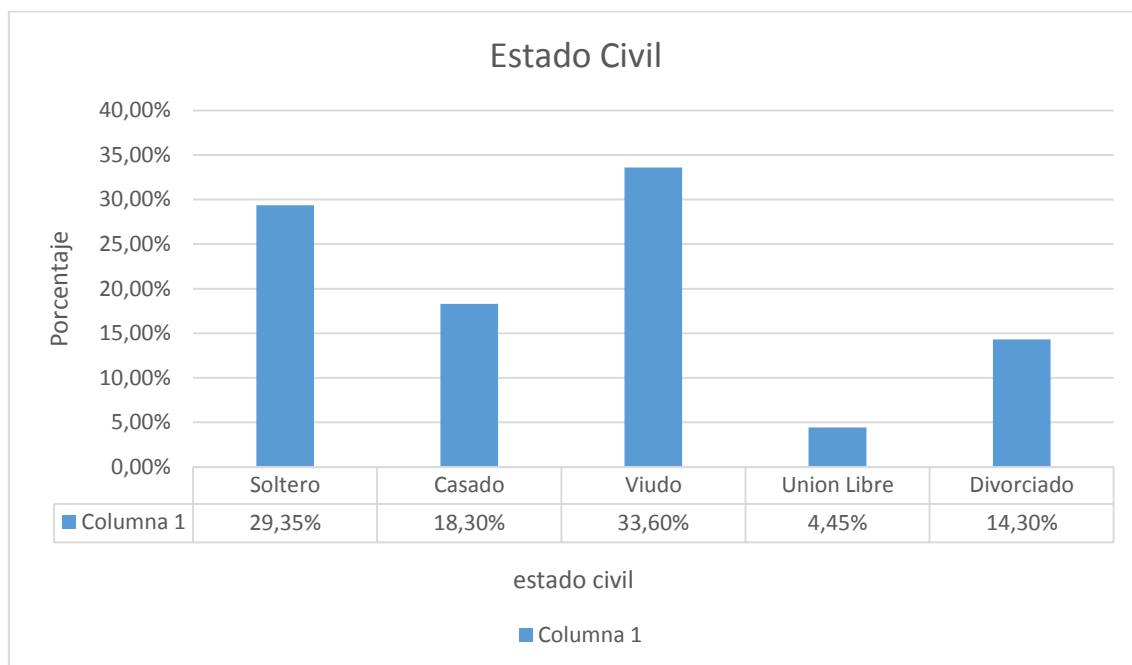
Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

La siguiente gráfica muestra la calidad de red de apoyo con la cual cuentan los adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

La mayoría de los adultos mayores poseen familiares llámese hijos, hijas, esposo, esposa, nietos que están pendientes de alguna manera de ellos.

Una minoría de los adultos mayores dicen que cuentan con el apoyo de un amigo y o tienen el apoyo de otro adulto mayor.

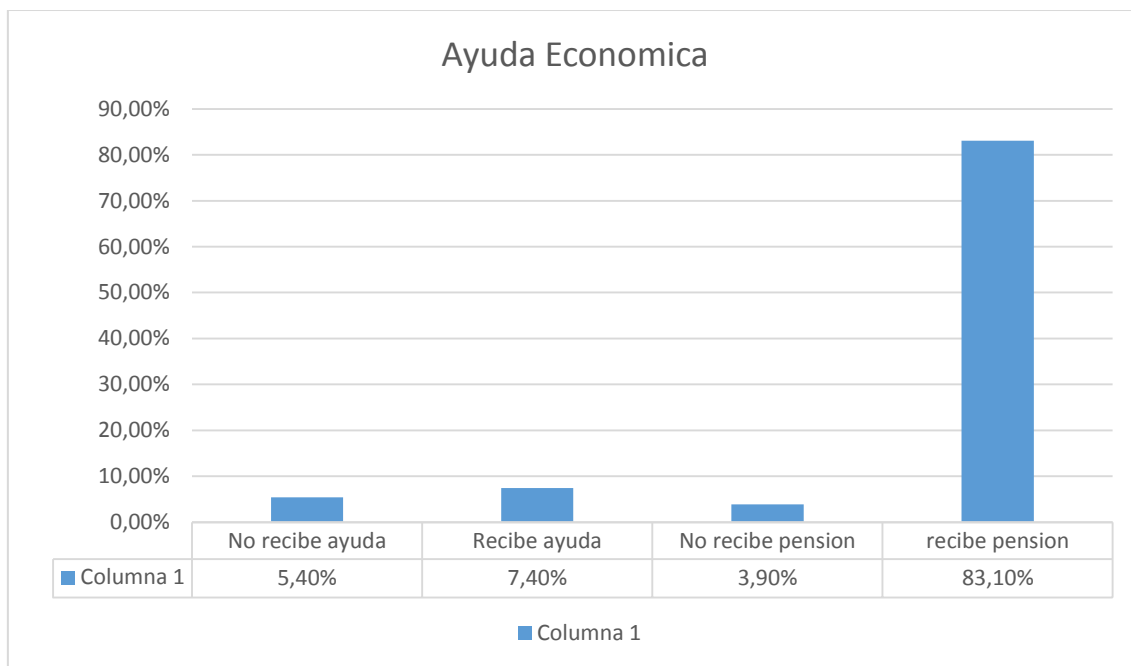
Grafica N°6: Distribución según estado civil de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.



Fuente: Realización propia, recopilado por aplicación de cuestionarios en el hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En el gráfico número 6 se muestra el estado civil de los adultos mayores del hogar de ancianos de Junio a Julio del 2017, de los cuales se tiene en primer lugar a los adultos mayores que se encuentran casados y al otro extremo estando por último lugar los adultos mayores divorciados y en unión libre que representan.

Grafico N° 7: Distribución según nivel de ayuda económica que reciben los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en el año 2017.



Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En la gráfica que se muestra a continuación se realiza una distribución según nivel de ayuda económica a los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo la cual se observa que la mayoría de los adultos mayores cuentan con una pensión.

Mientras que la minoría de adultos mayores no cuentan con ningún tipo de ayuda económica.

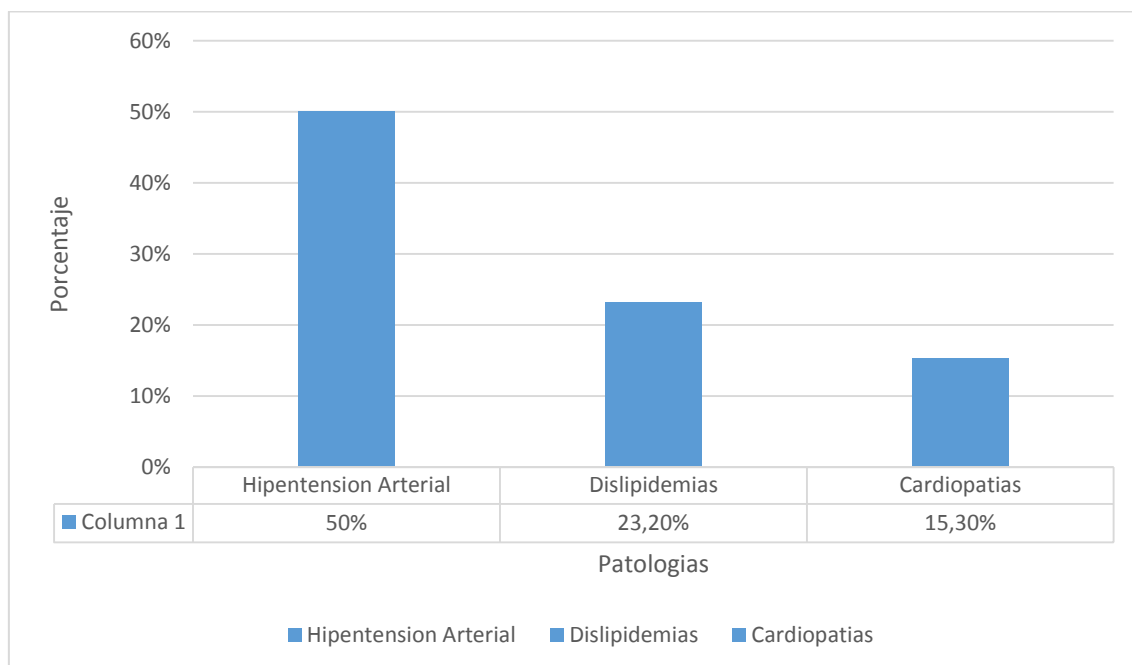
TABLA N°1: Antecedentes personales patológicos de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo clasificados en sistemas.

Antecedentes Personales Patológicos por sistemas	Personas	Porcentaje
Cardiovascular	179	88%
Neurológicos-Psiquiátricos	77	39.8%
Osteo-articulares	39	19.3%
Otras	125	61.8%

Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En la tabla número uno se presentan los antecedentes personales patológicos clasificados por sistemas en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017, los principales antecedentes personales patológicos que presentan los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo son los Cardiovasculares que la padecen 179 personas mayores, posteriormente se encuentra las Neurologicas-Psiquiatricas con 77 adultos mayores para un porcentaje de 38.8% le sigue las Osteoarticulares con 39 personas para un 19.3%, luego un grupo de Otras patologías las cuales poseen 125 adultos mayores para un porcentaje de 61.8%.

Grafico N°8: Patologías que afectan al sistema Cardiovascular de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.



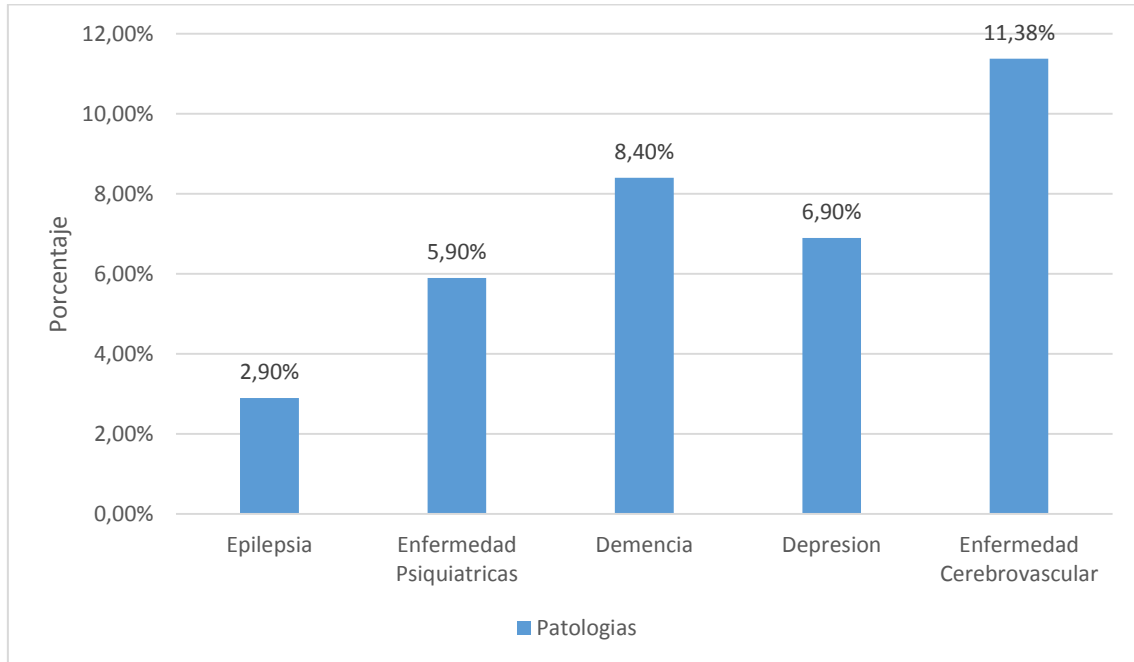
Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En la gráfica número 8 se muestra los antecedentes personales patológicos del sistema Cardiovascular de las cuales se incluyen la hipertensión arterial, las dislipidemias, y las cardiopatías de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017, en primer lugar, está la Hipertensión Arterial que afecta a la mitad de la población del hogar de ancianos.

Luego se encuentra la Diabetes Mellitus que la padecen 66 personas del hogar de ancianos. Posterior se tiene a las dislipidemias.

Las Cardiopatías presentan un 31 adultos mayores.

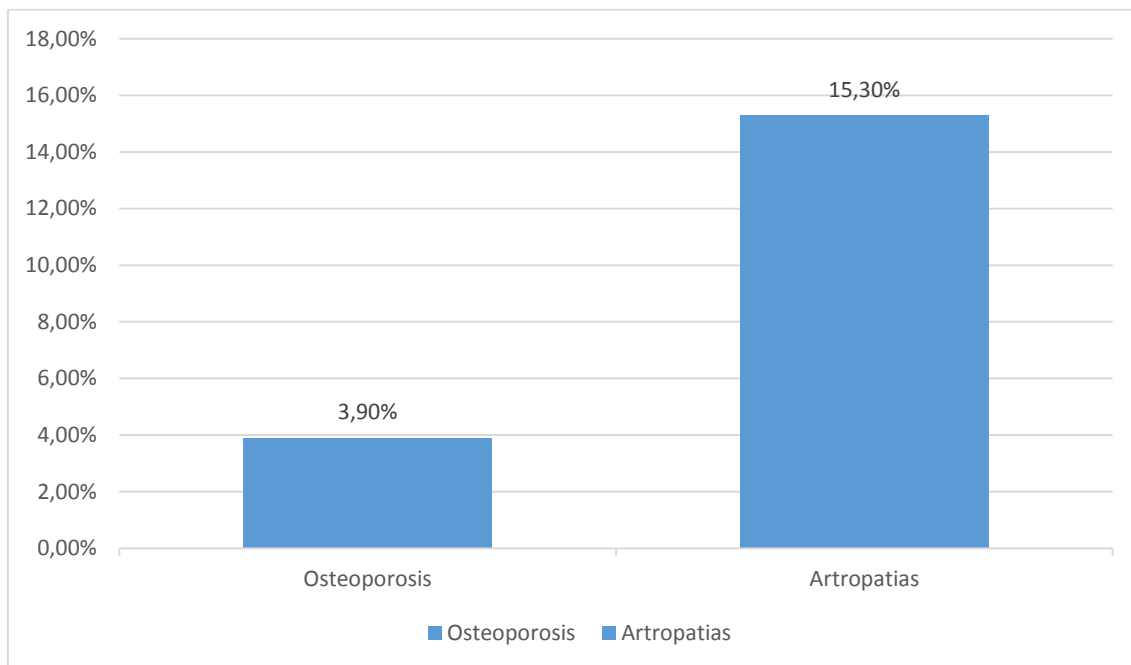
Grafico N°: 9 Patologías que afectan al sistema Neurológico-Psiquiátrico de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.



Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

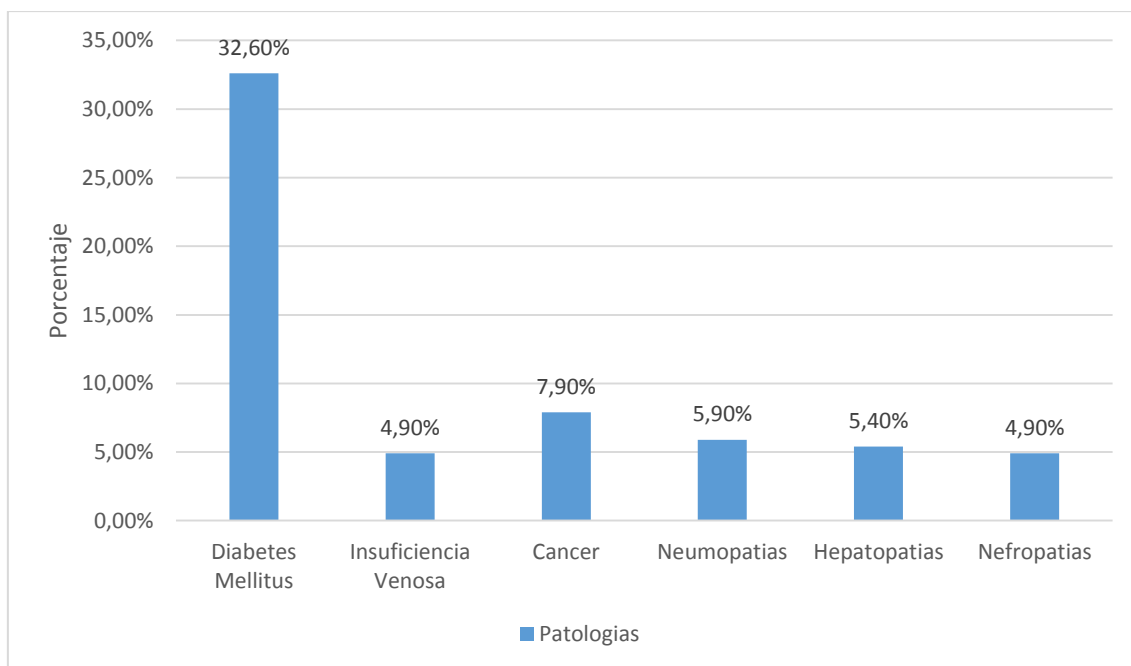
El gráfico número 9 muestra las diferentes patologías Neurológicas y Psiquiátricas que padecen los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo donde se demuestra que la enfermedad cerebrovascular tiene una mayor prevalencia en comparación de las demás patologías de este sistema en estudio.

Grafica N° 10: Patologías que afectan al sistema Osteo-articular de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.



Se muestra en la gráfica número 10 basándose en los antecedentes patológicos, en el sistema Osteo-articular se muestra como existe una mayor prevalencia dentro de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo de las artropatías por encima de la osteoporosis.

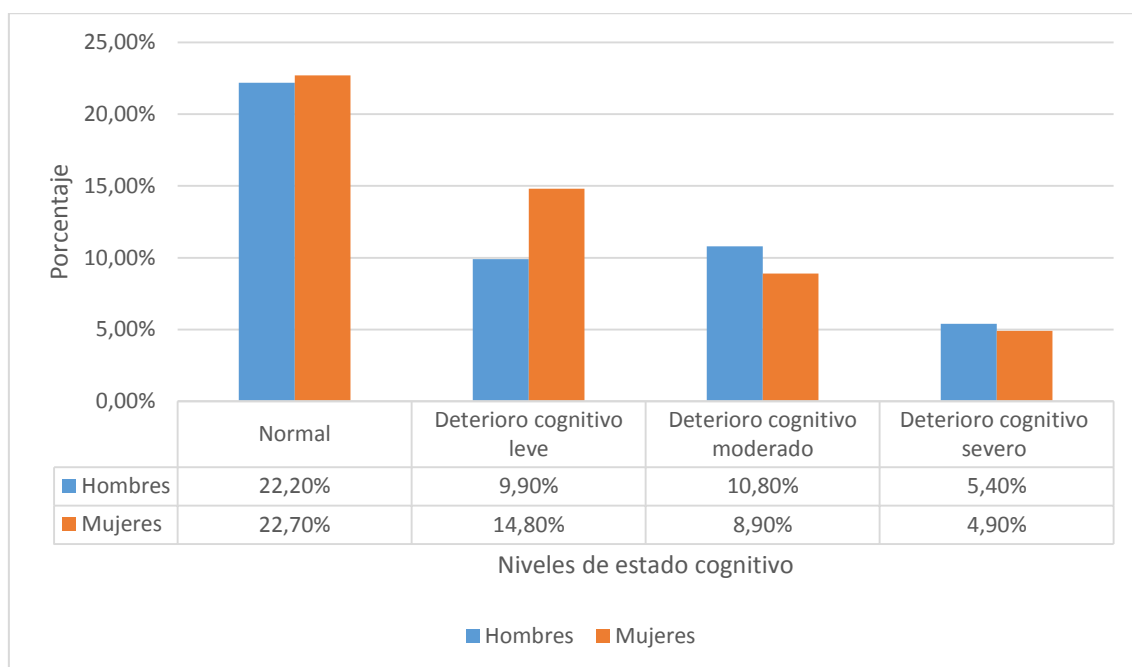
Grafica N° 11: Patologías que afectan a Otros sistemas de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.



Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En la gráfica número 11 se demuestra que en patologías de Otros sistemas de los adultos mayores la enfermedad de mayor prevalencia es la diabetes mellitus y las insuficiencia venosa y las nefropatías son las que representan la minoría dentro de este grupo.

Grafica N° 12: Estado cognitivo según el Mini examen del estado mental, según sexo en los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017,

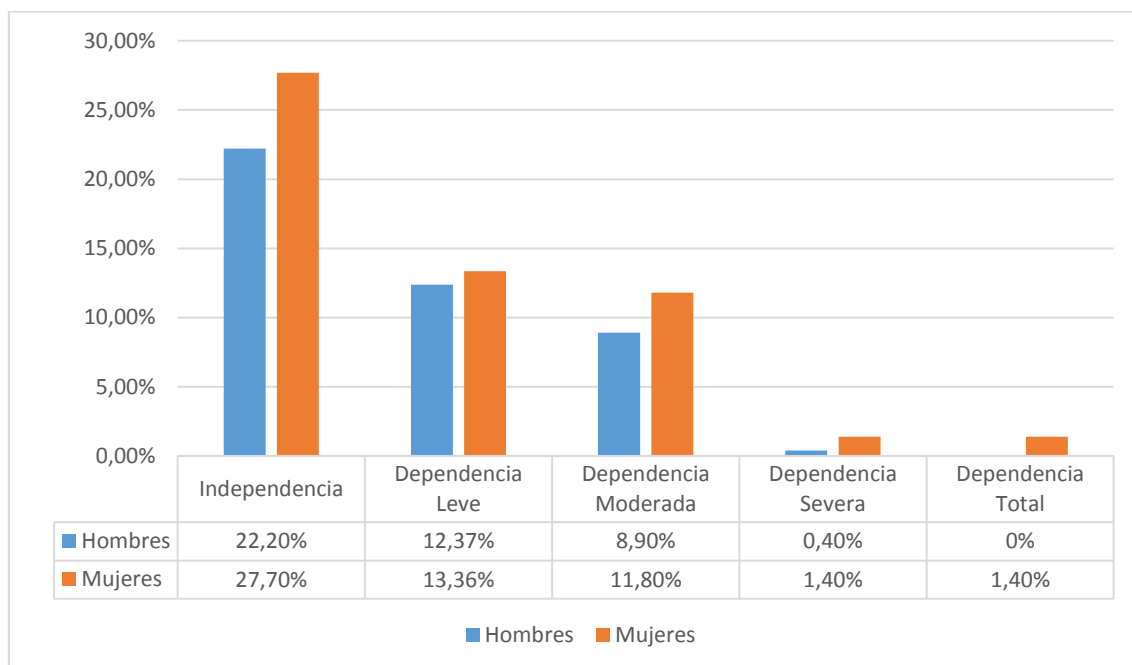


Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

La grafica que a continuación se muestra hace una distribución de los niveles del estado cognitivo según género, que se presenta en los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en la cual se evidencia que la mayoría presenta un estado cognitivo normal, sin embargo, predomina el estado cognitivo normal en las mujeres de la institución.

Finalmente está el deterioro cognitivo severo el cual corresponde a un pequeño porcentaje, sin embargo en este rango predominan los hombres de la institución.

Grafica N° 13: Grado de dependencia según índice de Barthel por sexo de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017.



Fuente: Realización propia, recopilado de expedientes clínicos del Hogar de ancianos Santiago Crespo en el año 2017.

En el gráfico número 13 se realiza una distribución del nivel de dependencia de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del 2017 en el cual se puede observar que un 50% de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo son independientes, esto dividido en un 22.2% perteneciente a los hombres y un 27.7% correspondiente a las mujeres.

Luego en el grado de dependencia leve se obtiene un 25.7% de adultos mayores de los cuales 12.3% son hombres y un 13.3% son mujeres.

En cuanto a la dependencia moderada corresponde al 20.7% de los adultos mayores dividido en 8.9% correspondiente a los hombres y un 11.8% a las mujeres.

En la dependencia severa existe un porcentaje de 1.9% el cual corresponde a 0.4% a los hombres y un 1.4% a las mujeres.

CAPITULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5. Discusión e interpretación o explicación de los resultados

Un enfoque importante del trabajo de investigación es el grado de dependencia física de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo el cual se valoró con el índice de Barthel, el grado de dependencia física representa uno de los grandes problemas de muchos adultos mayores en Costa Rica, en el estudio realizado se obtiene resultados como por ejemplo, las mujeres que residen en el hogar de ancianos muestran una mayor independencia física comparadas con los hombres de la misma institución.

En el Hogar de Ancianos Santiago Crespo la edad de mayor prevalencia es la del rango mayor a los 85 años, en cuanto a la distribución de género en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo se documentan datos que el sexo femenino es el predominante con un 54.4%.

Las mujeres residentes en ese centro geriátrico son mayoría sobre el género masculino con un 54.4% esto se puede explicar debido a la esperanza de vida mayor en el género femenino que existe en el país, la cual se estima es de 82 años y para el género masculino es de 79 años⁽⁸⁸⁾.

Respecto a los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo el estado civil más prevalente es el de la viudez debido a que la mayoría de los residentes han perdido su compañero de vida en el transcurso de los años.⁽⁸⁹⁾

En cuanto a los antecedentes personales patológicos se encuentra la hipertensión arterial se observa que es la patología de mayor prevalencia de los adultos mayores, donde la mitad de la población de ese centro geriátrico, el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo la padecen.

Luego se muestra la depresión como un antecedente personal patológico en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo donde se encuentra que la padecen solamente un 6.9% de la población.

Los adultos mayores residentes en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo posterior a una debida documentación y aplicación del Minimental Test para hacer una adecuada valoración del nivel cognitivo se demuestra que presentan un deterioro cognitivo leve de un 24.7%.

Uno de los objetivos de este estudio el cual se pretendía investigar las diferentes características de los adultos mayores entre ellas la funcionalidad la cual se describe con pruebas objetivas que valora la funcionalidad de cada individuo usando datos de tipo transversal.

En el estudio que se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo, para valorar la funcionalidad de los adultos mayores se aplica el test de Barthel donde se obtiene que la mayoría de los adultos mayores presentan un estado funcional con total independencia, existiendo un pequeño porcentaje el cual favorece más a las mujeres de ese centro.

En cuanto a la dependencia de los adultos mayores es importante destacar que en el hogar de ancianos Santiago Crespo tienen un porcentaje del 50% independientes totalmente en sus actividades de la vida diaria según el índice de Barthel, de ese 50% predomina la independencia por parte de las mujeres.

El estado cognitivo de los adultos mayores en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo la mayoría de los adultos mayores se clasifican con un normal estado cognitivo.

Esto se debe a que, al solicitar el ingreso de los adultos mayores a la institución, son sometidos a diferentes estudios socioeconómicos y de estado general para ver en las condiciones que se encuentran por ende el hogar de ancianos se reserva el derecho de admisión sin embargo en algunos casos particulares el hogar de ancianos recibe personas con deterioro cognitivo severo o grave, pero se deben de asegurar de que cuenten con una adecuada red de apoyo familiar.

En el hogar de ancianos Santiago Crespo las personas que presentan un estado cognitivo normal es de 45.04% casi la mitad de la población del hogar de ancianos se encuentra sin ningún deterioro en su estado cognitivo.

Sin embargo, existe un pequeño porcentaje el cual tiene deterioro severo esto corresponde a un 10.3% de los adultos mayores.

Posterior al estudio de distintas variables de los adultos mayores, por ejemplo, los adultos mayores que presentan diferentes patologías como artrosis, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial se hacen evidente que los adultos mayores con un mayor número de patologías son más propensos a desarrollar más dependencia física que los otros residentes que no presentan tanta morbilidad.

Se menciona que en Costa Rica no se le ha dado la importancia a la valoración de la funcionalidad al adulto mayor que merece en las consultas médicas actualmente, debido al envejecimiento de la población que está experimentando el país es importante hacer énfasis en la funcionalidad de la población en edades avanzadas.⁽⁹¹⁾

Las políticas de las cuales van dirigidas al adulto mayor deben estar enfocadas en la prevención de la discapacidad debido a la alta prevalencia de la misma conforme aumenta la edad.

Esto debe constituir un elemento esencial en la evaluación inicial y para el seguimiento de la condición de salud del adulto mayor.

La caída en la funcionalidad puede llevar a la discapacidad. La discapacidad trae consigo dependencia en familiares o cuidadores. La dependencia tiene un impacto importante en la calidad de vida de la persona y un impacto de tipo social y económico.

Un porcentaje importante de la población refiere ser independiente en las actividades básicas de la vida diaria, pero refiere dificultad para otras que requieren un mayor esfuerzo (caminar varias cuadras, subir gradas). En estos individuos la evaluación objetiva es más sensible a los posibles cambios, sobre todo en casos en que los cambios funcionales pueden ser sutiles y difíciles de categorizar con el solo uso de cuestionarios.

Es importante mencionar que en el trabajo de investigación solamente se aplicó como instrumento el cuestionario que plantea el índice de Barthel por lo cual no se hacen pruebas físicas a los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo.

Menciona el Dr Ocampo que las pruebas a nivel nacional sobre el parámetro específico de la velocidad de la marcha usualmente los adultos a los que se les realiza tienden a presentar resultados bastantes malos. Por lo cual se menciona que la prueba de la velocidad de la marcha es la que presenta mayor sensibilidad y las más recomendada.⁽⁹²⁾

Este elemento ha demostrado poder estadístico prediciendo futura discapacidad en adultos mayores. Sin embargo, la recomendación es la de realizar la batería de pruebas completa, la cual puede ofrecer información adicional.

Las políticas de salud deberían orientarse hacia la implementación de programas de ejercicio regular semanal, de control de peso y adecuada alimentación y de abordaje de problemas específicos para cada adulto mayor. La implementación de programas que se ajusten a las características de las poblaciones de adultos mayores de nuestro país, así como la detección de adultos mayores con un riesgo aumentado de discapacidad son medidas esenciales que deben darse en Costa Rica.

La utilización de las pruebas de fuerza y desempeño como las descritas, es solo una de las muchas herramientas que tiene a disposición los trabajadores del área de la salud para la práctica clínica.

La mejoría en la capacidad fisiológica resultará en una recuperación en la funcionalidad, como el mejorar la fuerza muscular por medio del ejercicio llevaría a optimizar el desempeño en ciertas tareas. Esta relación no es lineal ya que la capacidad funcional puede incrementarse hasta cierto punto, por arriba del cual la mejora que ocasione la capacidad fisiológica en la funcional será mínima. Es evidente que existe una relación importante entre la fuerza muscular con el estado funcional del individuo.

En el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo se puede observar que existe una relación marcada en cuanto al porcentaje de los adultos mayores que poseen una dependencia parcial la cual se encuentra en un 13% y una dependencia severa que se encuentra en muy bajo porcentaje, 1.40%.

Esto relacionado a lo comentado anteriormente, el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo por ser una institución de carácter privado se reservan el derecho de admisión en los adultos mayores postulantes a una residencia por lo cual podría explicarse algunos de los resultados de este trabajo de investigación.

Existen adultos mayores de diferentes rangos de edad dentro de la población del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo sin embargo el rango de edad de mayor prevalencia es el de los mayores de 85 años.

En el hogar de ancianos Santiago Crespo existe una muy buena red de apoyo por parte de los familiares de los adultos mayores debido principalmente a que antes del ingreso al hogar de ancianos se les realiza un estudio socioeconómico para poder ser aceptados para residir en esa institución.

Existe un gran porcentaje al cual los familiares están al cuidado de ellos incluso aunque se encuentren residiendo en el hogar de ancianos alrededor del 84.10% de los adultos mayores que se encuentran en esa institución recibe apoyo por parte de familiares llámese hijos, nietos, sobrinos, esposo, esposa.

La escolaridad es una herramienta muy importante para el desarrollo personal debido a que abre una gama de oportunidades tanto laborales como también de relaciones sociales sin embargo hace años atrás no existían las mismas oportunidades para toda la población para tener una educación completa mucho menos un grado universitario solamente lo obtenían las personas hijos de familias adineradas de las ciudades, a las personas que vivía sobre todo en zonas rurales el único acceso de estudiar que tenían era ir a la escuela y la gran mayoría dejaba sus estudios de primaria inconclusos debido a que los padres les obligaban a salir de la escuela debido a que para ellos era más importante la ayuda que pudieran aportar al hogar realizando trabajos en el campo que “perder el tiempo en la escuela”.

Esto se ve reflejado en la población de la institución Santiago Crespo Calvo debido a que una gran mayoría de los adultos mayores tienen una primaria incompleta para un porcentaje total de 47.02% de la población. Solamente el 4.9% de los adultos mayores tienen un grado universitario, siendo su mayoría profesiones como maestros y enfermeras.

También es importante la cantidad de fármacos que se les administran a los adultos mayores debido a que muchos de ellos padecen múltiples patologías y reciben tratamiento farmacológico para cada enfermedad por ejemplo en el hogar de ancianos Santiago Crespo se realizó en este trabajo de investigación una entrevista preguntando la cantidad de fármacos que se les administraban a los adultos mayores. Se tomó un parámetro de cinco fármacos por lo cual se dividió en los adultos mayores que tenían prescritos más de cinco fármacos y los adultos mayores que utilizaban menos cantidad de fármacos.

Por ejemplo, las personas mayores que tienen prescrito más de cinco fármacos en el hogar de ancianos corresponden a un porcentaje de 62.3% esto debido a que la mayoría de los adultos que ahí habitan tienen múltiples patologías y por otro lado los adultos que usan menos de cinco medicamentos son el 37.6% de la población del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica menciona que en la evaluación del estado cognitivo está relacionado con el nivel de escolaridad, debido a los que tienen mayor escolaridad presentan un mejor estado cognitivo sin embargo también se menciona que podría existir un sesgo al momento de la aplicación del cuestionario que en este caso sería el Minimental Test.

En este estudio mencionan que uno de cada seis adultos mayores presentan un deterioro cognitivo severo contrastado al 10.3% del deterioro cognitivo severo encontrado en los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo.⁽⁹³⁾

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- ✓ Los residentes del hogar de ancianos muestran un grado de nivel cognitivo y funcionales normales en su gran mayoría, esto debido a la existencia de derechos de admisión por parte del hogar de ancianos.
- ✓ Los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo tienen su mayoría una edad superior a los 85 años.
- ✓ La población de adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo en su mayoría son mujeres.
- ✓ El estado civil más frecuente con que se encuentran los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo es la viudez.
- ✓ La procedencia de los adultos mayores anterior al ingreso al hogar Santiago Crespo Calvo en su mayoría son pertenecientes a la provincia de Alajuela.
- ✓ Los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo cuenta en su gran mayoría con una primaria incompleta.
- ✓ La gran mayoría de los adultos que residen en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo reciben de algún tipo de pensión.
- ✓ La red de apoyo con la que cuentan los adultos mayores es por parte de familiares en su gran mayoría, llámese hijos, nietos, sobrinos.
- ✓ Los antecedentes patológicos que más afectan a la población del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo son la Hipertensión Arterial posteriormente seguido de la Diabetes Mellitus y la Dislipidemia.

- ✓ Se les aplicó el índice de Barthel a los adultos mayores para valorar el grado de dependencia los cuales los adultos mayores en su gran mayoría son independientes en las actividades de la vida diaria.

- ✓ El Minimal State Examination demostró que los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo poseen un estado cognitivo normal en su mayoría.

6.2 Recomendaciones

- ✓ Implementar programas los cuales incentiven la inclusión del adulto mayor dentro de la sociedad costarricense y que se les brinde una adecuada red de apoyo por parte de los familiares quienes son los que pueden darles más amor que ninguna otra persona o institución.

- ✓ Dar seguimiento a los adultos mayores los cuales tienen problemas de cualquier nivel que afecten al estado cognitivo y funcional sobre todo si carecen de una adecuada red de apoyo que les dé soporte y atención.

- ✓ Incentivar las futuras investigaciones en el hogar de ancianos Santiago Crespo para la detección de diferentes problemas a los que se enfrentan esta población de la tercera edad.

- ✓ Mejorar las notas médicas en los expedientes de los adultos mayores debido a que muchas de las notas son ilegibles, además que es necesario la visita por lo menos de día de por medio por parte del médico de la institución para lograr captar tempranamente cualquier eventualidad en los adultos mayores.

- ✓ Promover el uso de herramientas periódicamente como el índice de Barthel y el Mimental State Examination para tener una mejor categorización de los adultos mayores y su estabilidad funcional y cognitiva de una manera más objetiva.

- ✓ Crear dentro del hogar de ancianos más zonas de esparcimiento o centros de actividades como talleres de pintura, talleres de lectura, manualidades en las cuales los adultos mayores puedan mantenerse activos y funcionales de cierta manera.

BIBLIOGRAFIA

1. Mundo RB. ¿En qué países es mejor ser anciano? [Internet]. BBC Mundo. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/140930_ranking_paises_personas_mayores_en
2. OMS | Envejecimiento y salud [Internet]. WHO. [citado 23 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
4. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. La rebelión de los abuelos | Sociedad | EL MUNDO [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/02/17/56c37bc022601da40b8b4573.html>
6. Intercambio de asilos, la nueva forma de hacer turismo entre ancianos - BBC Mundo [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08/140811_turismo_residencias_ancianos_cg
7. Sputnik. Un asilo de ancianos se llena de vida gracias a la presencia de niños [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Disponible en: <https://mundo.sputniknews.com/sociedad/201606261061229618-proyecto-union-generacional/>
8. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 266 p.
9. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 267 p.
10. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 268 p.
11. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 269 p.
12. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 270 p.

13. La historia de los primeros ancianos del Asilo de Montellano - Montellano Hoy [Internet]. [citado 9 de julio de 2017]. Disponible en: <http://montellano hoy.com/la-historia-de-los-primeros-ancianos-del-asilo-de-montellano/>

14. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 275 p.

15. CONAPAM - Consejo Nacional de la persona adulta mayor [Internet]. [citado 9 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/inicio/>

16. José J de PS de S. Junta de Protección Social de San José fundada en 1845. Reseña histórica. 1976 [citado 9 de julio de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/96>

17. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. [citado 28 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46801&nValor3=89001&strTipM=TC

18. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf

19. Microsoft Word - PabloSauma.doc - PabloSauma.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/Desktop/PabloSauma.pdf>

21. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Mynor Rodríguez Hernández. Disponible en: <file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/Desktop/bibliografia%20tesis/Dialnet-LaPercepcionDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf>

22. Valoración de la discapacidad física: el indice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-34.

23. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-37.

24. Gerontología y Geriatria. Breve resumen histórico [Internet]. [citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm

25. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-38.

26. Gerontología y Geriatria. Breve resumen histórico [Internet]. [citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm

28. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. [citado 9 de julio de 2017]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/gerontologia/licenciatura_promo.htm

29. Valoración geronto-geriátrica integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Dr. Carlos Humberto, Gámez Mier. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracion_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_Valoracion_geronto-geriatrica.pdf

30. valoración clínica del adulto mayor. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf>

31. organización panamericana de la salud. evaluación funcional del adulto mayor. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

32. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-39.

33. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-40.

34. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-41.

35. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-42.

36. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-64.

37. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-65.
38. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-70.
40. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Leg. :122-7.
41. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Leg. :122-10.
42. Grandes síndromes geriátricos. adela-emilia gómez ayala. Disponible en: file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/AppData/Local/Temp/13076255_S300_es.pdf
43. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2012; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf
44. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2012;
45. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola. Plaza y Valdes; 2000. 268 p.
46. Deterioro Cognitivo | INECO - Instituto de Neurología Cognitiva [Internet]. [citado 10 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.ineco.org.ar/deterioro-cognitivo/>
47. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevencion. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf
48. ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR | Instituto Salus [Internet]. [citado 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://i50mas.com/ulceras-por-presion-en-el-adulto-mayor/>

49. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf

50. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_152_03_grr_demencia_am.pdf

51. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_167_07_grr_demencia_am.pdf

52. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_171_28_grr_demencia_am.pdf

53. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_182_09_grr_demencia_am.pdf

54. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_185_23_grr_demencia_am.pdf

55. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_187_18_grr_demencia_am.pdf

56. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_187_38_grr_demencia_am.pdf

57. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Homero GE. Rev Médica Clínica Las Condes. :31-5.
58. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_194_28_grr_demencia_am.pdf
59. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Dávila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_194_29_grr_demencia_am.pdf
60. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención Javier Davila Torres.. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_195_02_grr_demencia_am.pdf
61. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_195_27_grr_demencia_am.pdf
62. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención. Javier Davila Torres. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_194_32_grr_demencia_am.pdf
63. Desnutrición del anciano. Dra Dolores. Disponible en: http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/system/files/desnutricion-en-el-anciano%5B1%5D_0.pdf
64. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Dr Rodriguez. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

65. Grandes síndromes geriátricos. adela-emilia gómez ayala. Disponible en: file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/AppData/Local/Temp/13076255_S300_es.pdf
85. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Mynor Rodríguez Hernández. Disponible en: <file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/Desktop/bibliografia%20tesis/Dialnet-LaPercepcionDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf>
86. Informe de la persona adulta mayor en Costa Rica. Dra Gonzalez. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
87. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. Acuña-Gurrola M del R, González-Celis-Rangel AL. J Behav Health Soc Issues. 2010;2(2):71-81.
88. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Dr Ramirez. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
88. Costa Rica - Esperanza de vida al nacer 2015 [Internet]. datosmacro.com. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/costa-rica>
89. Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. - caracterizacion del estado clinico, epidemiologico.....pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/Carlos%20Quesada%20M/Desktop/caracterizacion%20del%20estado%20clinico,%20epidemiologico.....pdf>
93. Factores asociados a la condición funcional del adulto mayor: Dr Ocampo. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/RonaldOcampo-tesis.pdf>
94. estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de costa rica. Rhina Ivette Cáceres Rodas. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg_rcaceres.pdf

95. Nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú. Chávez MM, Villafuerte CG, Trebejo MOM. Theorēma Lima Segunda Época En Línea. 13 de junio de 2016;0(3):83-93.

96. UNFPA - Peru. Informacion Sociodemografica [Internet]. [citado 24 de julio de 2017]. Disponible en:
http://www.unfpa.org.pe/infosd/dependencia/dependencia_02.htm

97. Deterioro cognitivo en adultos mayores situacion y factores de riesgo en centros diurnos. Luis Roberto Sanchez Available from:
www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/213/140

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

CONAPAM: Consejo nacional de la persona adulta mayor

MMSE: Mini Mental State Examination

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

UCR: Universidad de Costa Rica

ANEXOS

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

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-Arbol) 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 M0-1)	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)	
.DENOMINACIÓN. 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 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".	LENGUAJE (Máx.9)	

<p>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "<i>Cierre los ojos</i>". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. 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</p>	
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>

Anexo N°2. Índice de Barthel

Nombre :

Fecha

Unidad/Centro: Hogar de Ancianos Santiago Crespo

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
----	----------------	--

10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuaci3n Total						

Anexo N°3. Hoja de recolección de datos.

Instrumento recolección de datos

Numero adulto Mayor _____

Antecedentes Personales no Patológicos

Fuma___ Alcohol ___Drogas ___Alergias___

Antecedentes Personales Patológicos

HTA___ DM___ Dislipidemia___ Hepatopatía___ Nefropatía___ Neumopatías___

Cáncer___ Neuropatías___ artropatías___ ECV___ Asma___ Cardiopatías

Edad: 65-69___ 70-74___ 75-79___ 80-84___ ≥85___

Sexo: M___ F___

Estado civil: soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a)___ Unión libre___ Divorciado___

Lugar de donde proviene: _____

Nivel Académico: Ninguna___ Primaria incompleta___ Primaria completa___

Secundaria incompleta___ Secundaria completa___ universitario___ otro_____

Red de Apoyo: vive solo___ otro adulto mayor___ familiares___ amigo_____

Capacidad funcional:

*Índice de Barthel (puntaje)*___

Deterioro cognitivo:

Test mini mental (puntaje)___

Anexo N°4: Historia Clínica Geriátrica



Caja Costarricense de Seguro Social
Centro _____

1/15

No. Expediente: _____

Historia Clínica Geriátrica

Nombre:		Fecha de atención:	
Fecha nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. L.		Profesión u oficio:	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Universitaria			
Vive con:	Domicilio:		
Fuente de información:		Confiable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Creencia religiosa:	Entrevistador:		Código:
	Dr.(a):		

Diagnóstico de Egreso

Médicos	Funcionales
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
Psíquicos:	Sociales:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Médico responsable: _____ Firma: _____

TR 1056

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Patología	Familiar	Patología	Familiar

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Hábitos	SI	NO	Cantidad	Activo	Tiempo
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Exposición al humo-leña					
Actividad Física					

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Patología	Tiempo de evolución	Lugar que recibe tratamiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Alergias: () Si () No
 Transfusiones: () Si () No

Hábito Intestinal:	Hábito del sueño:
--------------------	-------------------

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Dificultades para el cumplimiento del tratamiento: () No () Si.
 Por qué?:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS

Patología incluye fracturas	Intervención	Fechas

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES
y en los últimos 3 meses

Lugar	Fecha	Diagnóstico Principal de Egreso

FACTORES DE RIESGO - SEÑALES DE ALARMA

	DESCRIPCION
Apetito:	
Hábito intestinal:	
Sueño:	
Inmovilización:	
Caídas:	
Úlceras por presión:	

Incontinencia	Si	No	Diurna	Nocturna
Urinaria				
Fecal				
Características de la incontinencia:				

ANTECEDENTES GENITOURINARIOS

Gesta:	Para:	Abortos:	Hijos vivos:	FUR:
Última citología:		Resultado:		
Mamografía		Resultado:		
Uso de hormonas: () Si () No Cuanto tiempo?:				
Sangrado posmenopáusico: () Si () No		Prurito vulvar: () Si () No		Flujo vaginal: () Si () No
Prostatismo: () No () Sí. Especifique:				
Relaciones Sexuales: () No () Sí. Frecuencia:				
Enfermedades Venéreas: () No () Sí. Cuál?				

ASPECTOS NUTRICIONALES

A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultad al masticar o deglutir en los últimos 3 meses? 0. anorexia graves 1. anorexia moderada 2. sin anorexia	()
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0. Pérdida de peso < 3 Kg. 1. No lo sabe 2. Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg. 3. No ha habido pérdida de peso.	()
C. Movilidad 0. De la cama al sillón. 1. Autonomía en el interior. 2. Sale del domicilio.	()
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0. Si 2. No	()
E. ¿Problemas neuropsicológicos? 0. Demencia o depresión grave 1. Demencia o depresión moderada 2. Sin problemas psicológicos	()
F. Índice de masa corporal IMC = (peso / talla) en Kg./ m 0. IMC < 19 1. 19 < IMC < 21 2. 21 < IMC < 23 3. IMC > 23	()
Evaluación: máx. 14 puntos 12 o más puntos = normal 11 o menos puntos = referir a Nutrición	()

VALORACION FUNCIONAL

SENTIDO	BUENO	REGULAR	MALO	Aditamento
Visión				Anteojos () Si () No
Audición				Audífonos () Si () No
Lenguaje				

Dispositivos para deambular	() Si	() No	Cuáles?: _____
Prótesis dental	() Si	() No	Hace cuánto fue hecha?: _____

ACTIVIDADES REALIZADAS EN TIEMPO LIBRE

FACTORES DE RIESGO QUE AMERITEN ATENCION SOCIAL

1. Persona que vive sola y no tiene pensión.	
2. Persona anciana que es dependiente en A.V.D. y no tiene cuidador.	
3. El anciano o acompañante menciona algún problema.	
4. Acompañante autoritario, hostil, desinteresado, no deja hablar al paciente.	
5. Acompañante o paciente refiere cansancio, tensión, angustia, deseo de ubicación, falta de apoyo familiar.	
6. Satisfacción por el cuidado recibido.	

NOTA: Si se presenta uno o más de los factores de riesgo anteriores, referir a Trabajo Social.

FACTORES DE RIESGO DE ABUSO

1. Física: Moretones, heridas aparentes	
2. Psicológica: Ansiedad, depresión, aislamiento, deterioro cognitivo, amenazas, gritos.	
3. Sexual: Lesiones en órganos genitales, compulsividad por el baño.	
4. Abandono/Negligencia: No tiene donde vivir, rechazo familiar, descuido en el aseo personal, mala nutrición.	
5. Patrimonial: No maneja cuentas de ahorro, pensión, refiere que le quitaron su propiedad o la (o) obligaron a firmar documentos.	
6. Se siente a gusto en su casa con la compañía con quien vive.	

Si presenta alguno de estos signos referir al CEINAA.

CONDICION DE VIVIENDA

Tipo	Estado	Servicios	Disposición de Excretas	Barreras
() Propia	() Bueno	() Agua potable	() Servicio sanitario c/cloaca	() Arquitectónicas
() Alquilada	() Regular	() Luz eléctrica	() Servicio sanitario s/cloaca	() Otras
() Prestada	() Malo	() Teléfono	() Letrina	

SITUACION ECONOMICA

Inactivo	Pensión	Ayuda económica familiar
() Si	() Si Monto ?	() Si Monto ?
() No	() No	() No

Su ingreso económico satisface su situación social.

() Si () No

Nombre del medico

Firma del medico

Código

EXAMEN FISICO

Datos Básicos:

Peso (Kg):	Talla (mts):	Presión arterial:	Temperatura:
Pulso:	Frecuencia de respiración:	Índice de Masa Corporal:	
Condición general:			
Apariencia:			
Estado de hidratación:			
Piel y anexos:			
Item			
Cabeza			
Ojos			
Fondo ojo			
Conjuntivas			
Pupilas			
Cristalino			
Párpados			
Nariz			
Boca			
Labios			
Lengua			
Encías / Faringe			
Dentadura			
Oídos			
Cuello			
Tiroides			
Pulso carótida			
Otros			
Tórax			
Inspección general			
Mamas			
Corazón			
Pulmón			

Abdomen	
Inspección general	
Palpación	
Auscultación	
Percusión	
Hernias	
Cicatrices	
Otros	
Sistema urogenital	
Genitales externos	
Tacto vaginal	
Tacto rectal	
Examen de próstata	
Sistema Locomotor	
Movilidad articular	
Fuerza muscular	
Forma articular	
Marcha	
Neurológico	
Estado conciencia	
Sensibilidad	
Motilidad (rigidez)	
Pares craneales	
Coordinación	
Masa muscular	
Tono muscular	
Reflejos osteotendinosos	
Bicipital	
Rotuliano	
Aquiliano	
Babinsky	
Pulso:	
Carótida	
Braquial	
Femoral	
Poplíteo	
Pedio	
Deglución	
Reflejo Nauseoso	
Piel	
Adenopatías	
Úlceras por presión	

Nombre del medico


Firma del medico

Código

Anexo N 5 Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Carlos Quesada Murillo, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 207000836 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: **Caracterización clínica, física y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio Julio del 2017**, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 27 días del mes de Junio del año dos mil diecisiete.


Firma del estudiante
Cédula

Anexo N 6 Carta aprobación de tutor

San José, 27 de Junio de 2017

Doctor
Jorge Arias Sobrado
Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Carlos Quesada Murillo, Cédula número 207000836 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación **Caracterización clínica, física y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio Julio del 2017**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura.

He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINALIDAD DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,


Doctora Katrin Kulzer Homann
Cédula 1-0652-0527
Código 4211

Anexo 7: Carta de autorización del lector

San José, 24 de julio del 2017

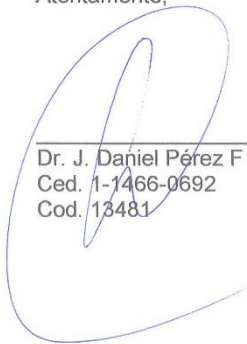
Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor: El estudiante Carlos Quesada Murillo; cédula de identidad número: 2-700-836, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"Características del Estado Clínico, funcional, y cognitivo de las personas adultas mayores en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

Anexo 8: Carta de revisión de filólogo

CARTA DE REVISIÓN DEL FILÓLOGO

San José, 12 de julio del 2017.

**SEÑORES
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

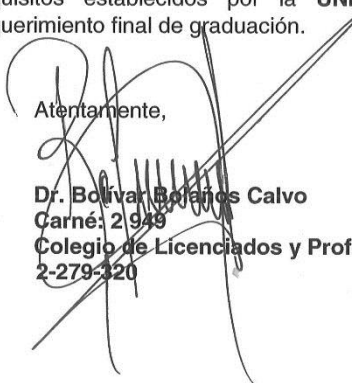
Estimados señores:

Hago constar que he revisado el **TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN (TESIS)** del estudiante **CARLOS QUESADA MURILLO**, denominado **CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO CLÍNICO, FUNCIONAL Y COGNITIVO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS DE SANTIAGO CRESPO CALVO DE JUNIO A JULIO DEL AÑO 2017**, para optar por el grado académico de **LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**.

He revisado errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo que se manifiestan en el documento escrito, y verificado que estos fueron corregidos por el autor, así como la aplicación de las normas APA, ISO, académicas.

Con base en lo anterior, se considera que dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos por la **UNIVERSIDAD** para ser presentado como requerimiento final de graduación.

Atentamente,


Dr. Bolívar Rojas Calvo
Carné: 2 949
Colegio de Licenciados y Profesores
2-279-320

Anexo 9: Carta autorización hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo



Asociación Hogar de Ancianos

Santiago Crespo

Cédula Jurídica 3-002-056484

Tels. 2431-06-45/ Fax 2441-0347

Secretaría 2442-2165

Apartado 438-4050 Alajuela Costa Rica

17 de mayo del 2017

Señores
Universidad Hispanoamérica
Medicina y Cirugía
Presente

Estimados señores:

Por medio de la presente hago constar que se acepta a el estudiante Carlos Quesada Murillo número de cédula 207000836, estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía, por lo tanto puede realizar su Tesis en nuestra Institución la cual se encuentra ubicada en el Brasil de Alajuela 200 metros norte y 700 Metros este de la Iglesia de la Agonía.

Así mismo indico que dicha Tesis no recibirá ningún tipo de remuneración.

Atentamente,



Tatiana Castillo Bustos
Asistente de Recursos Humanos
Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo

www.hogardeancianoscostarica.com

200 mts.norte y 700 este de la Iglesia La Agonía, Alajuela-Costa Rica

Anexo 10: Carta acuerdo de confidencialidad

Ajajucá, Mayo del 2017


Señores
Hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo
Tatiana Castillo Bustos
Presente


Estimado Señor(a):

Reciba un saludo de nuestra parte. Por este medio, yo Carlos Quesada Murillo y yo Dra. Katrin Kúlzer Homann, respectivamente investigador y tutor del estudio "Características del Estado Clínico, Funcional y Cognitivo de las Personas Adultas Mayores en el Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Junio a Julio del año 2017" solicitamos la excepción Consentimiento Informado, tomando en cuenta como marco legal la normativa impuesta en el REGLAMENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Aprobado por la Junta Directiva CENDEISSS, en artículo 25 de la Sesión N. 8601, de 20 de septiembre de 2012.

El presente estudio no realiza ninguna prueba prospectiva a ningún paciente incluido en la muestra. Se ejecuta mediante la revisión de los expedientes médicos de individuos anónimos con las características estudiadas, además de la utilización de las bases de datos del hogar de ancianos. El proyecto no pretende interferir con la identidad de las personas, sino generar documentos desde el punto de vista cuantitativo que puedan otorgar datos estadísticos, sin incluir datos personales ni la identidad de los estudiados. El riesgo potencial en la investigación se clasifica como bajo y contribuye como trabajo científico a beneficio de generar evidencia concluyente para el mejoramiento de la atención. Los investigadores (sustentante y tutor) declaramos no tener ningún tipo de "conflicto de interés" con la investigación ni remuneración económica por la realización de este trabajo. Los investigadores velan por el cumplimiento de los principios bioéticos básicos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia durante todo el proceso de ejecución. La investigación no pretende anular el principio de autonomía del individuo, busca como finalidad la obtención de datos clínicos (de manera retrospectiva) para generar conclusiones que puedan llevar a cabo procesos de mejoramiento en la calidad de atención y respuesta a las necesidades de los pacientes afectados. Por lo tanto, no se considera necesario la obtención del consentimiento informado de los pacientes intervenidos por el estudio.

Atentamente,


Univ. Carlos Quesada Murillo
Cédula: 2 0700 0836
Sustentante


Dra. Katrin Kúlzer Homann
Cédula: 1-652-527
Tutor académico - institucional

Anexo 11: Consentimientos informados adultos mayores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Carlos Luis Nuñez Bohórquez Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Firma de participante CARLOS NUÑEZ B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Ramón Rojas Fernández Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Firma de participante Ramón Rojas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Claudio Villalobos Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.


Firma de participante Claudio Villalobos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Claudio Vargas Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Firma de participante 

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Bider Miranda Posras Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Bider H. Quesada

Firma de participante _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Felipe Induni Arguin Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.



Firma de participante _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Luz Danilo Ujuec Quesada Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugia. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Firma de participante

Luz Danilo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a): Miguel Bolandi Muñoz Yo Carlos Humberto Quesada Murillo cedula 207000836 estudiante de la Universidad Hispanoamericana en colaboración de la Dra Katrin Kulzer Homman como tutora. realizare un proyecto de investigación para la realización de mi tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugia. El objetivo del estudio es realizar una caracterización clínica, funcional y cognitiva de los adultos mayores del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo.

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su funcionalidad física y su estado mental. Tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente de carácter confidencial será únicamente utilizada solamente para este estudio. Quedará identificado con un número, pero no con su nombre.

Miguel Bolandi
Firma de participante _____