

**CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PATOLÓGICAS Y FUNCIONALES EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL HOGAR GERIÁTRICO
SAN PEDRO CLAVER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

JORGE FERNANDO PAZ CARRIAZO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ESPECIALIZACION EN GERIATRIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
BOGOTÁ, D.C.
2009**

**CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PATOLÓGICAS Y FUNCIONALES EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL HOGAR GERIÁTRICO
SAN PEDRO CLAVER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

JORGE FERNANDO PAZ CARRIAZO

GILMA HERNÁNDEZ
Asesor metodológico

JORGE H. LOPEZ
Tutor

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ESPECIALIZACION EN GERIATRIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
BOGOTÁ
2009**

CONTENIDO

	Pág.
1. PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACION.	10
3. MARCO REFERENCIAL	12
3.1. MARCO TEÓRICO	12
3.1.1. Perfil de los residentes en hogares geriátricos sin licencias, en poblados al este de Québec	12
3.2. MARCO CONCEPTUAL	13
3.2.1. Adulto Mayor	13
3.2.2. Escala de BARTHEL	14
3.2.3. Escala de Minimental de Folstein	14
3.3. MARCO LEGAL	14
3.3.1. Artículo 17	14
3.3.2. Artículo 46	14
3.3.3. Artículo 48	14
3.3.4. Proyecto de ley 143 de 2001 Senado	15
3.3.5. Proyecto de ley 93 de 2005 Senado	15
3.3.6. Acuerdo 254 del 22 de noviembre de 2006. Concejo de Bogotá	15
4. OBJETIVOS	16
4.1. GENERAL	16

4.2.	ESPECÍFICOS	16
5.	DISEÑO METODOLOGICO	17
5.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
5.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	17
5.3.	FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
5.4.	PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICA	18
5.5.	TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	19
6.	RESULTADOS	21
7.	CONCLUSIONES	28
8.	BIBLIOGRAFIA	30
	ANEXOS	32

INTRODUCCIÓN

El aumento marcado de la población mayor se convierte en un reto para el sector salud ya que los países afrontan los riesgos y las consecuencias fisiológicas que la senectud trae consigo, esto hace que las enfermedades crónicas cada vez se vean en mayor número a pesar de las medidas adoptadas para mejorar estilos de vida que disminuyan su aparición; adicionalmente la infraestructura instalada (hogares geriátricos, casas de Beneficencias, Ayudas económicas) es insuficiente para atender dicha demanda además, actualmente no se cuentan con protocolos de manejo que faciliten y permitan la estandarización de acciones e intervenciones y del mismo modo orienten el personal de la salud que les brinda una atención integral de acuerdo a los recursos disponibles con los que cuenta cada uno de los actores que participan directa o indirectamente en estos procesos.

El objeto de la presente investigación es identificar y describir las características físicas, patológicas y funcionales en adultos mayores del hogar geriátrico San Pedro Claver de la ciudad de Bogotá, para hacer un diagnóstico situacional que permita la correcta creación e implementación de políticas públicas para esta población, mediante la aplicación de instrumentos para la recolección de datos, la aplicación de escalas validadas como la de Minimental y Barthel y la realización de una entrevista semiestructurada.

Encontramos una población mayor (78 años en promedio), donde el 61,3% son solteros/as, el 53,4% no tiene hijos y el 47,6% tienen como escolaridad la primaria. Su principal motivo de ingreso a la institución es el abandono o soledad, tienen un nivel 0 de Sisben, 34% tienen un puntaje en la escala de Barthel menor de 75 (discapacidad) y en la escala de Minimental se encontró un puntaje promedio de 19 con una desviación estándar de 7.

Frente a su percepción de salud el 33,5% lo refirieron como regular y se encontró que el 10% se encontraban libres de diagnóstico de alguna enfermedad.

Con estos datos nos podemos dar una idea clara y precisa acerca de las características de la población residente del hogar geriátrico que permitirá plantear las políticas adecuadas y los recursos necesarios para la óptima atención de esta población.

1. PROBLEMA

Actualmente hay 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025 y que ascenderá a casi 2 mil millones para 2050, cuando se contará con más personas mayores de 60 años que con niños menores de 15. Llegar a los primeros 5 mil millones tomó por lo menos 50 000 años; los segundos llegarán en solo 50 años.

La gran mayoría de las personas mayores vivirán en países en desarrollo, que comúnmente son los menos preparados para enfrentar el reto de una sociedad que envejece con rapidez (1). El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico. Se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los países en desarrollo. En otras palabras, las poblaciones de dichos países se volverán más viejas antes de que los países se vuelvan más ricos; en cambio, los países industrializados se volvieron más ricos mientras sus poblaciones se volvían más viejas.

El envejecimiento conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades incapacitantes. Los adultos mayores incapacitados funcionalmente, tales como los que sufren las secuelas de accidentes cerebro vasculares ocasionados por un control inadecuado de la hipertensión arterial, necesitan ayuda incluso para poder realizar actividades básicas de la vida diaria, y esa ayuda suelen proporcionarla familiares con tiempo y recursos bastante limitados.

La atención a las necesidades de las personas mayores es tan antigua como la civilización. Los primeros vestigios de la misma de una manera organizada en nuestra sociedad se remontan al año de 1875 cuando organizaciones benéficas

representadas en su mayoría por órdenes religiosas atendían a los ancianos dándoles cobijo y manutención con criterios estrictamente benéficos.

La importancia de la protección al adulto mayor Colombiano se ve reflejada en el artículo 46 de la Constitución Nacional *“El estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”*.¹

El Ministerio de Protección Social manifiesta continuamente que la dirección general de promoción social recibe diferentes quejas y denuncias sobre las deficiencias en la calidad del servicio prestado por los hogares geriátricos.

Según la Secretaria de Salud Distrital *“en Bogotá no se cuenta con un registro oficial de los hogares geriátricos existentes”*,² por ende tampoco se tiene un registro de las características de las personas que los habitan ignorando su estado de salud tanto física como funcional e intelectual.

Se hace énfasis al adulto mayor institucionalizado en el proyecto de ley 93/2005 *“por la cual se regula el funcionamiento de hogares geriátricos que prestan servicios a las personas mayores y se dictan otras disposiciones”*, es en la exposición de motivos de este proyecto donde se evidencia la importancia de impulsar un cambio cultural que motive la valoración y el respeto de las personas mayores en nuestra sociedad y la adopción de mecanismos y estrategias para garantizar su calidad de vida.

En Colombia no existe la información sobre las características físicas, patológicas y funcionales del adulto mayor institucionalizado y esto sumado a la problemática

¹ Constitución Política de Colombia, 1993, art. 46

² Secretaria de Salud de Bogotá

anterior dificulta aun más el manejo de esta población, surge la siguiente pregunta: cuales son las características físicas, patológicas y funcionales del adulto mayor?

Teniendo en cuenta la relación multifactorial que posee el origen fisiopatológico de las enfermedades crónicas cabe resaltar que se hace necesario determinar las características físicas, patológicas y funcionales del adulto mayor con el propósito de crear protocolos y/o guías de atención integral que contribuyan a la reducción del riesgo disminuyendo así complicaciones y secuelas que pueden conllevar no solo a un alto grado de déficit neuromotor sino a la muerte, sin desconocer que esta situación aunque se presenta de manera individual afecta y transgrede la voluntad y el ánimo de los demás habitantes de un hogar geriátrico.

2. JUSTIFICACION

Para prepararse desde ahora para un envejecimiento poblacional sin precedentes, es de vital importancia que los sistemas de salud de los países en desarrollo estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas. Para manejar la creciente carga de las enfermedades es preciso tener oportunidades de promover la salud y prevenir las enfermedades dentro de la comunidad, así como de tratar dichas enfermedades en los servicios de salud.

Muchas enfermedades e incapacidades funcionales asociadas que se presentan durante los años postreros de la vida pueden prevenirse, junto con sus costos económicos y humanos. Pero la prevención requiere alcanzar al individuo antes de que la enfermedad se establezca, y eso implica intervenir en etapas más tempranas de la vida, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el *“proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen”*.

Las tendencias que se presentan para la población de personas mayores es la institucionalización en hogares de descanso denominados hogares geriátricos lo que hace suponer que el número de instituciones de este tipo aumentará. Por lo anterior es necesario que desde el presente se establezcan políticas públicas encaminadas no solo a la prevención de enfermedades crónicas si no a la promoción de estilos de vida saludable dentro de las instituciones donde se encuentra este tipo de población cautiva. Para esto se requiere que los profesionales sean formados bajo esta mirada y que a su vez sea introyectado en los modelos de atención que debe tener según la exigencia legislativa que se construya en un futuro

En los hogares geriátricos directamente los profesionales encargados, podrán hacer útil la creación de la base de datos que se planteara, con el fin de intervenir de manera completa y segura al adulto mayor en relación a las características físicas, patológicas y funcionales que los aquejan.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Perfil de los residentes en hogares geriátricos sin licencias, en poblados al este de Québec. El incremento en la población de la tercera edad a nivel global y su impacto social y económico genera en los países y en las familias, dificultades.

Muchas veces hay incapacidad en la manutención de los ancianos y se genera la necesidad de cuidadores externos.

Los hogares Geriátricos pueden tener licencia de funcionamiento o no, si tienen esta licencia deben reunir una serie de características y seguir las regulaciones provinciales, las cuales son específicas para cada provincia de Canadá. Por otro lado aquellos hogares sin licencia no están bajo ningún tipo de control gubernamental, son característicamente de ancianos con menores limitaciones funcionales y cognitivas, sin embargo son estos mismos los mas propensos a recibir una atención integral.

Teniendo en cuenta esto, se decide realizar el estudio, la población objetivo son los mayores de 65 años que han vivido por lo menos 3 meses en estos hogares (con o sin licencia), debían tener limitación funcional, definida esta como la incapacidad para realizar al menos 2 actividades de la vida diaria.

Se tomaron los datos desde septiembre de 96 hasta febrero del 97, llenándose cuestionarios con todas las características descriptivas de cada paciente. La capacidad cognoscitiva fue evaluada mediante la prueba de minimental modificado (3ms) y la capacidad funcional fue evaluada mediante el sistema de medición de autonomía funcional (SMAF).

Resultados: Se seleccionaron 315 ancianos, de los cuales 14 rehusaron participar en el estudio. De los 301 restantes se encontró que 2/3 era mujeres, cuya mayoría eran personas mayores de 80 años, viudas y con menos de 8 años de escolaridad.

Las características sociodemográficas de los 2 grupos (con licencia o sin licencia) fueron comparables, la única diferencia significativa fue la relacionada con los ingresos de los ancianos ya que eran (como era de esperarse) significativamente mayores en el grupo de hogares sin licencia.

Frente a la parte clínica, los residentes de los hogares con licencia presentaban mayor limitación funcional y cognoscitiva.

Los hogares sin licencia fueron en su gran mayoría organizaciones con ánimo de lucro y el porcentaje de ocupación era similar en ambos grupos, desde 78,5% en los hogares pequeños a 93,1% en los hogares más grandes.

Los hogares sin licencia tienen menor cantidad de personal para atender a cada anciano y ese personal es a su vez menor calificado con respecto al personal de los hogares con licencia, también se evidenció que estos son más rehusantes a brindar una atención más pronta, especialmente en lo relacionado con lo psicosocial y la rehabilitación.

Los encargados de los hogares sin licencia son menos calificados que sus contrapartes en los hogares con licencias

3.2 MARCO CONCEPTUAL

3.2.1. Adulto Mayor. Persona igual o mayor a 65 años.³

³ Brocklehurst's textbook of, Geriatric Medicine and Gerontology, 2002

3.2.2 Escala de BARTHEL. Instrumento que mide de la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.⁴

3.2.3 Escala de Minimental de Folstein. Instrumento que mide la capacidad cognoscitiva, evaluando la orientación en el espacio, tiempo, la memoria de fijación y la reciente, la atención, el cálculo y el lenguaje.⁵

3.3 MARCO LEGAL

3.3.1 Artículo 17 del protocolo adicional de la convención interamericana de derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (protocolo de San Salvador 1988). Ratificado por Colombia mediante ley 319 de 1996: *“proporcionar las instalaciones adecuadas así como alimentación y atención medica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por si misma”*.

3.3.2 Artículo 46 de la Constitución Nacional *“el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”*

3.3.3 Artículo 48 de la Constitución Nacional. *“La seguridad social es un servicio publico de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en términos que establezca la ley”*

⁴ Javier Cid-Ruzafa, valoración de la discapacidad física, 1997

⁵ Folstein M, Minimental State, 1975

3.3.4 Proyecto de ley 143 de 2001 Senado. *“por la cual se establecen algunos beneficios para la población de la tercera edad”*

3.3.5 Proyecto de ley 93 de 2005 Senado. *“Por la cual se regula el funcionamiento de los hogares geriátricos que prestan servicios a las personas mayores (ancianatos, alberges de ancianos, centros de bienestar del anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad)”*.

3.3.6 Acuerdo 254 del 22 de noviembre de 2006. Concejo de Bogotá *“por el cual se establece los lineamientos de la política pública para el envejecimiento y las personas mayores en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”*.

Artículo 6 *“reglamentar el funcionamiento en los hogares geriátricos y gerontológicos en el distrito capital e impulsar la investigación integral de las personas mayores a fin de enfocar soluciones a sus problemas prioritarios”*

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar y Describir las características físicas, patológicas y funcionales en adultos mayores de manera que permita a la institución correlacionarlo con la prestación del servicio presente

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características físicas, patológicas y funcionales mediante la escala de MINIMENTAL y la escala de BARTHEL en el adulto mayor.
- Identificar el nivel de perturbación volitiva o emocional que genera su estado de salud en el adulto mayor
- Relacionar los resultados obtenidos entre las diferentes variables estudiadas, para sacar conclusiones sobre las características de esta población en el hogar geriátrico San Pedro Claver y elaborar un diagnóstico preciso que nos permita generar mejores planes
- Correlacionar factores de la prestación del servicio institucional con el nivel de déficit cognoscitivo, abandono social, y limitación funcional.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de corte transversal en que se pretende caracterizar la población geriátrica del Hogar Geriátrico San Pedro Claver del año 2008 según variables físicas, patológicas y funcionales.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio estuvo conformada por los adultos mayores que pertenecen al hogar geriátrico, para un total de de 200 personas identificando a todos sus habitantes que tuvieran la edad mínima de 65 años para entrar al estudio.

5.3. FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información de los participantes en la investigación se obtuvo por medio de la aplicación de la escala de MINIMENTAL y la escala de BARTHEL, y un instrumento de recolección de datos creado para obtener información acerca de su estado físico, características patológicas y funcionales, teniendo como primer instrumento la historia clínica, previo conocimiento y aprobación del anteproyecto por parte del hogar geriátrico.

Así mismo se tomaron los datos de seguridad social y de la relación de cada quien con su familia por medio de las estadísticas que tiene el departamento de trabajo social.

Teniendo en cuenta la información que arrojó la Historia Clínica resumida en el instrumento anterior se procedió a realizar una entrevista al personal de la salud que se encontraba al cuidado de las personas institucionalizadas donde se efectuaron preguntas como si el adulto mayor padecía o no de incontinencia urinaria, adicionalmente se aplicó la escala de Barthel.

La Escala de BARTHEL. Instrumento que mide de la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto **Escala de MINIMENTAL de Folstein.** Instrumento que mide la capacidad cognoscitiva, evaluando la orientación en el espacio, tiempo, la memoria de fijación y la reciente, la atención, el cálculo y el lenguaje.

5.4. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Utilizando el Excel y el SPSS versión 15 de la Universidad del Rosario se construyó la base de datos con toda la información recolectada.

Para las variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central y dispersión y para las variables cualitativas las frecuencias absolutas y relativas. Adicionalmente se construyeron gráficos que ilustraran algunos resultados más relevantes. A continuación se presenta la operacionalización de variables analizadas en el estudio.

5.5 TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CODIGO DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	años cumplidos	cuantitativa	Razón	Años
motivo de ingreso	Razón por la cual la persona mayor ingresó a la institución	cuantitativa	Nominal	---
sexo	Género del adulto	cuantitativa	Nominal	1. m 2. f
estado civil	Estado civil del adulto	cuantitativa	Nominal	soltero, casado, viudo, sepo div
escolaridad	nivel de estudios realizados por el individuo	cuantitativa	Ordinal	ninguno, primaria, secundaria, superior
marcha	nivel de funcionalidad del sistema locomotor	cuantitativa	Ordinal	estable , con dificultad
aditamentos	herramientas que facilitan el desplazamiento y a actividad física de la persona con algún grado de discapacidad	cuantitativa	Nominal	1.silla 2.caminador

percepción de salud	determina el autoconcepto y el autoestima del individuo de acuerdo a su situación de salud	cualitativa	Ordinal	1. buena 2.regular 3. mala
incontinencia	grado de control de esfínteres	cualitativa	Nominal	1. si 2. no
relación familiar	interacción familiar	cualitativa	Nominal	activa, inactiva, inexistentes
Barthel	escala de medición del grado de funcionalidad	cuantitativa	Razón	funcional discapacitado
minimal	escala de medición del grado de deterioro cognitivo	cuantitativa	Razón	no evaluable, deterioro severo, deterioro moderado, deterioro leve, normal

Tabla de operacionalización de variables.

6. RESULTADOS

Se analizaron 200 adultos mayores pertenecientes al hogar geriátrico San Pedro Claver de la ciudad de Bogotá, de estos, nueve tenían edades menores a 65 años al momento de hacer el estudio, por lo cual se excluyeron del análisis. Se encontró que la población de adultos mayores (191 personas) está compuesta en un 61,3% (117 personas) por mujeres y un 38,7% (74 p) por hombres.

La población se encuentra distribuida por pabellones al momento del estudio 9 personas (4,7%) se encontraban en la unidad de cuidados intensivos del hogar geriátrico (donde se ofrece un cuidado más personalizado y monitorización por parte del personal de enfermería). La distribución por pisos (primero y segundo) presentaba una distribución similar del 49,7% para cada uno con 1 paciente que no se logró ubicar su habitación dado que se trasladó en varias oportunidades en el momento de la recolección de los datos.

Al analizar el motivo de ingreso de los pacientes al hogar, se obtuvo una clasificación en siete diferentes opciones:

- 1- Emergencia económica 20,94 % (40) (definida como la incapacidad económica para sus sostenimiento,
- 2- Abandono/soledad 37,17% (71)
- 3- Dificultad para su cuidado 12,57% (24)
- 4- Indigencia 6,81% (13)
- 5-traslado 7,33% (14)
- 6-voluntad propia 0,52% (1) y
- 7-sin datos 14,66% (28).

El 20,9% eran naturales de Bogotá, mientras que el 79,1% provenían de otra ciudad.

Se registró el nivel de afiliación al SGSSS, obteniéndose los siguientes resultados:

Nivel 0: 48,7% (93),

Nivel 1: 4,7% (9)

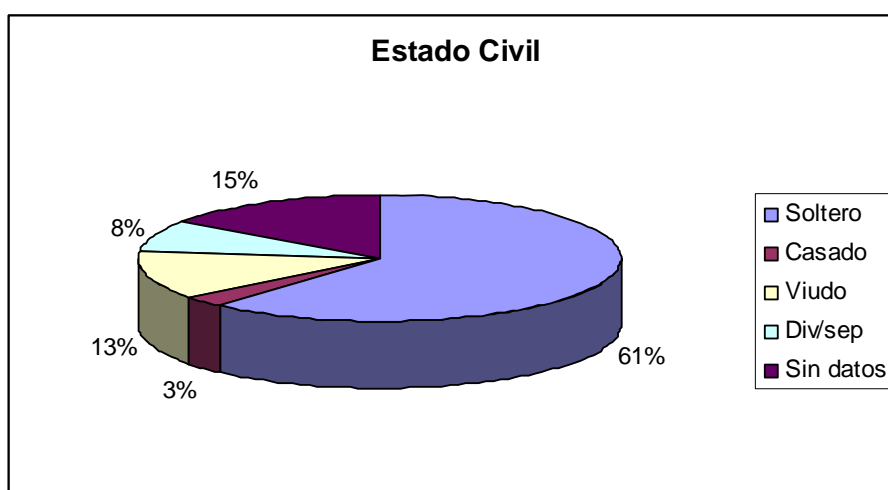
Nivel 2 31,9% (61)

Nivel 3 1,6% (3)

Nivel B- (del régimen subsidiado sin evaluación de nivel) 3,6% (7)

En el estado civil el 61,3% (117 p) eran solteros.

Y el 53,4% (102 p). no tenía hijos.



Con relación a la escolaridad se halló un alto porcentaje de adultos mayores con nivel de Escolaridad en primaria (47,6% equivalente a 91 personas) y un 30,4% (58 personas) sin ningún tipo de estudio.

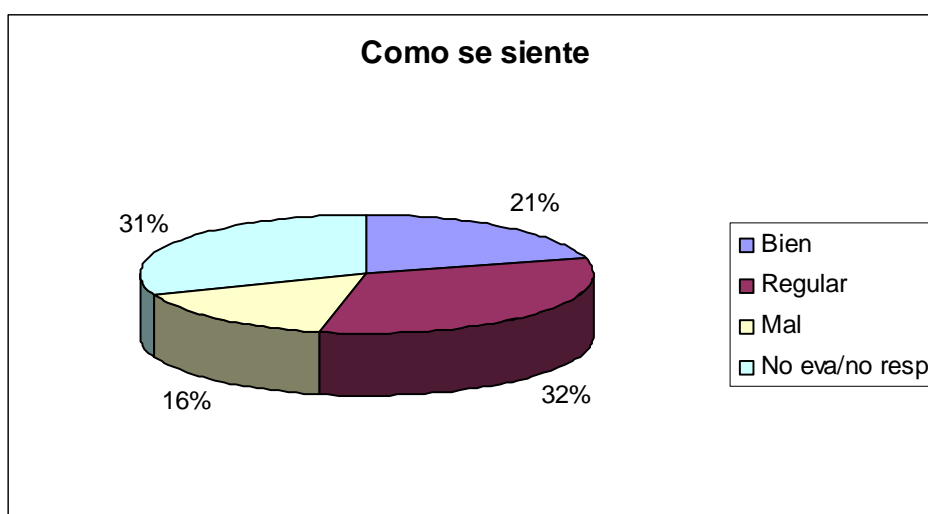
La marcha se vio representada en un 46,6% (89 personas) de movilidad normal, el 25,1% (48 personas) requerían silla de ruedas y el 7,9% (15 personas), requerían caminador.

La incontinencia urinaria estaba presente en el 32,5% de los adultos mayores (62)

Tabla 7. Distribución de la Marcha según categorías evaluadas

MARCHA		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Normal	89	46,6
Con dificultad	34	17,8
Sin marcha	42	22,0
sin datos	26	13,6
TOTAL	191	100

La percepción de salud (Como se siente) fue calificada por la mayoría de las personas como regular con un 32,5% (62 personas).



Al realizar la ESCALA DE BARTHEL para evaluar la funcionalidad de los residentes del hogar geriátrico San Pedro Claver, se obtuvo un 34% (65) que presentaba un puntaje de 75 puntos o menos, lo que los definía como en condición de discapacidad. En la siguiente tabla se muestran los resultados de todos los adultos mayores con sus respectivas calificaciones.

ESCALA DE BARTHEL				
Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcen. Acum.	Frec. Acum
0	6	3,1	3,1	6
5	3	1,6	4,7	9
10	5	2,6	7,3	14
15	8	4,2	11,5	22
20	2	1,0	12,6	24
25	4	2,1	14,7	28
30	4	2,1	16,8	32
35	6	3,1	19,9	38
40	5	2,6	22,5	43
45	1	0,5	23,0	44
50	2	1,0	24,1	46
60	3	1,6	25,7	49
65	4	2,1	27,7	53
70	4	2,1	29,8	57
75	8	4,2	34,0	65
80	4	2,1	36,1	69
85	3	1,6	37,7	72
90	7	3,7	41,4	79
95	14	7,3	48,7	93
100	75	39,3	88,0	168
Sin datos	23	12,0	100,0	191
TOTAL	191	100		

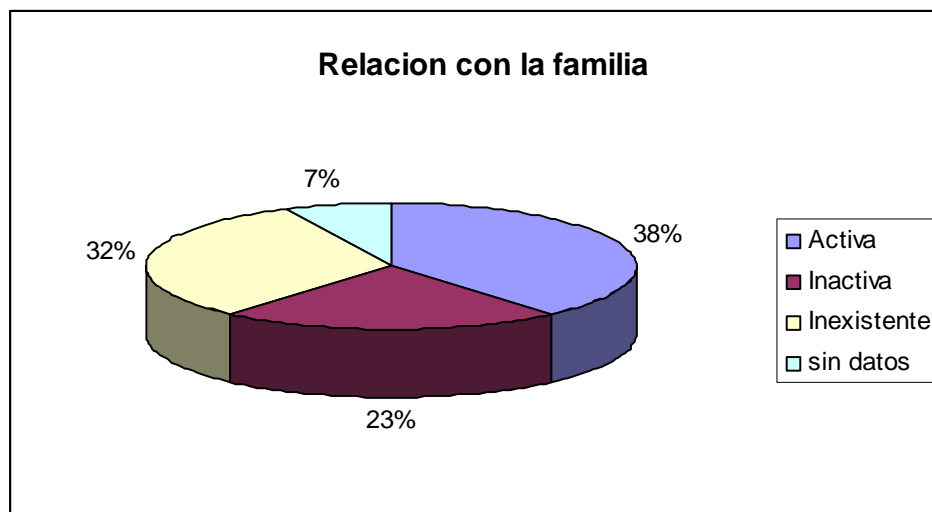
Al evaluar el grado de deterioro cognoscitivo con le ESCALA DE MINIMENTAL, se encontró 19,4% (37) presentaban un deterioro cognoscitivo severo, un 25,1% (48) moderado, un 7,9% (15) leve, 14,1% (27) presentaron una calificación dentro de

rangos de normalidad. 33,5% (64) Tenían un deterioro tan marcado en su capacidad cognoscitiva que no era posible aplicárseles la escala, también dentro de este grupo se encontraban los pacientes sordos o invidentes.

ESCALA DE MINIMENTAL							
Calificación	Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcen. Acum.	Frec. Acum.	% por grupos	Frec. Por grupos
Deterioro cognoscitivo severo	4	2	1,0	3,1	2	19,4	37
	5	2	1,0	2,1	4		
	6	2	1,0	3,1	6		
	7	1	0,5	3,7	7		
	8	4	2,1	5,8	11		
	9	1	0,5	6,3	12		
	10	6	3,1	9,4	18		
	11	1	0,5	9,9	19		
	12	3	1,6	11,5	22		
	13	6	3,1	14,7	28		
	14	5	2,6	17,3	33		
Deterioro cognoscitivo moderado	15	4	2,1	19,4	37	25,1	48
	16	1	0,5	19,9	38		
	17	9	4,7	24,6	47		
	18	5	2,6	27,2	52		
	19	3	1,6	28,8	55		
	20	7	3,7	32,5	62		
	21	7	3,7	36,1	69		
	22	8	4,2	40,3	77		
23	8	4,2	44,5	85			

Deterioro cognoscitivo leve	24	8	4,2	48,7	93	7,9	15
	25	5	2,6	51,3	98		
	26	2	1,0	52,4	100		
Normal	27	8	4,2	56,5	108	14,1	27
	28	5	2,6	59,2	113		
	29	3	1,6	60,7	116		
	30	11	5,8	66,5	127		
No evaluable		64	33,5	100,0	191	33,5	64
TOTAL		191	100			100,0	191

La relación con la familia estuvo representada de la siguiente manera, con un 38.7% (74) Activa (visitas frecuentes e interés por el adulto mayor), un 22.5% (43 p) Inactiva y con un 31.9% (61) clasificaban como Inexistente.



Para el estudio de las enfermedades las dividimos en tres grandes grupos, el primero como enfermedades Físicas, agrupamos las secuelas de Accidente Cerebro Vascular, la Sordera y la Ceguera, su descripción la encontramos. El segundo grupo

fueron las enfermedades agrupadas como Orgánicas entre las cuales están, 1- HTA (Hipertensión Arterial), 2- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), 3- Artrosis Degenerativa, 4- Diabetes Mellitus, 5- Osteoporosis, 6- Dispepsia, 7- Artritis Reumatoide, 8- ICC (Insuficiencia Cardíaca Congestiva), 9- Hipotiroidismo; El tercer grupo fue el de las enfermedades mentales clasificadas así, 1- Demencia, 2- Depresión, 3- Retardo Mental, 4- Enfermedad de Parkinson, 5- Esquizofrenia, 6- Epilepsia, 7- TAB (Trastorno Afectivo Bipolar).

El 10,5% (20) de la población no presentaba ningún diagnóstico patológico.

Al analizar los medicamentos que estaban tomando, clasificamos los más frecuentes así: 1- Asa, 2- IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina), 3- Acetaminofen, 4- Bromuro de Ipratropio, 5- Haloperidol, 6- Beclometazona, 7- Salbutamol, 8- Lovastatina, 9- Omeprazol, (+)- Hidroclorotiazida, (-)- Rivotril, (*)- Loratadina, (/)- Biperideno.

En el análisis estadístico, encontramos que la edad promedio de la población estudiada es de 78 años con una desviación estándar de 8, el percentil 75 se encuentra por debajo de los 84 años y la edad máxima es de 97 años. El promedio de TA sistólica fue de 128 mmHg con una desviación estándar de 15 mmHg, de la TA diastólica fue de 74 mmHg con una desviación estándar de 10 mmHg.

El promedio en la Escala de Barthel fue de 73 con una desviación estándar de 34, el de la Escala de Minimental fue de 19 con una desviación estándar de 7.

En promedio la población del Hogar Geriátrico San Pedro Claver sufre de 2 enfermedades y tiene un promedio de 3,4 medicamentos

7. CONCLUSIONES

La población se caracteriza por ser en la mayoría de los casos del sexo femenino, soltera, sin hijos y con escolaridad primaria, tienen un nivel 0 de Sisben y en el 50% de los casos presentan una relación con su familia clasificada como inactiva o inexistente. Esto nos demuestra la gran problemática que estas personas enfrentan en su vida con un pobre soporte social y familiar, corroborado esto porque la soledad es el principal motivo de ingreso a la institución.

Frente a la funcionalidad se encontró que el 22% se encuentran confinados a una cama y que del 17% que tienen dificultad para la marcha, el 25% requieren de una silla de ruedas, lo que demuestra la incapacidad que presentan estas personas para un adecuado autocuidado y la dependencia que tienen de cuidadores externos, esto se complementa al encontrar que el 34% tienen graves problemas para la realización de sus actividades básicas para la vida diaria con un puntaje en la escala de Barthel menor de 75 y que el 44,6% presenta incontinencia urinaria.

La dedicación permanente y especializada que exige el cuidado de estas personas es primordial ya que además presentan un alto grado de deterioro cognoscitivo (44,5% moderado y severo y 33,5% no evaluable) que imposibilita una adecuada interrelación paciente-cuidador.

Encontramos pluripatología y polifarmacia en la mayoría de la población estudiada solo el 10% se encuentran libres de un diagnóstico patológico.

Se deben tomar en cuenta los resultados acá encontrados a la hora de plantear políticas de salud para la atención de esta población pobre y vulnerable, para contribuir con su cuidado y la optima utilización de los recursos disponibles.

8. BIBLIOGRAFIA.

8.1- Towards age friendly primary health care. Geneva: WHO

http://www.who.int/hpr/ageing/af_reporth.pdf

8.2- Alzheimer's Disease International: [web: www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)

8.3- Gina Bravo, Michele Charpentier. Profile of residents in unlicensed homes for the aged in Eastern Townships of Québec. *CMAJ* July 28, 1998; 143- 148

8.4- Tom Fahey, Alan A Montgomery, James Barnes, Jo Protheroe. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ* 2003; 326: 1-5

8.5- Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997. 71: 177-137

8.6- Folstein M, Folstein S, MCHugh PR. Minimental State: a practical method for grading cognitive state of the patients for the clinican. *J. Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.

8.7- E. Vinyoles Bargalló, J. Vila Domènech, J.M. Argimon Pallàs, J. Espinàs Boquet, T. Abos Pueyo and E. Limón Ramírez. Concordance between the Mini-Examen Cognoscitivo and the Mini-Mental State Examination in cognitive impairment screening. *Aten Primaria* 2002. 15 de june 30 : 5-15

8.8- Mark Chatfield, Fiona E. Matthews, Carol Brayn, and the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Using the Mini-Mental State Examination for Tracking Cognition in the Older Population Based on Longitudinal Data. *J Am Geriatr Soc* 55:1066–1071, 2007.

8.9- Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.

8.10- Anita Sainsbury, Gudrun Seebass, Aruna Bansal, John B. Young. Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing* 2005; 34: 228–232

8.11- Brocklehurst's Textbook of, Geriatric Medicine and Gerontology, 2002

8.12- Blaivas JG., Apell r., Fanti A., Leach G., et al.: Definition and Classification of Urinary Incontinence: Recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol. Urodynam.* 16:149-151. 1997.

ANEXOS

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y 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. 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 ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. 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. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

(10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

(15) Independiente. No precisa ayuda.

(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

(15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón,

muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

PABELLON. _____ **PISO** _____

1. HOGAR _____ **GERIATRICO.**

2. INFORMACION DEL PACIENTE.

• **NOMBRES** _____ **Y** _____ **APELLIDOS.**

• **FECHA DE NACIMIENTO.** (d/m/a) _____ / _____ / _____

• **IDENTIFICACION C.C Nº.** _____

• **NATURAL.** _____ **PROCEDENCIA.** _____

• **FECHA DE INGRESO.**(d/m/a) _____ / _____ / _____

• **MOTIVO.**

• **AFILIACION.** (ss) _____ **Nivel** _____

3. MARCAR CON UN X.

• SEXO. F ____ M ____

• ESTADO CIVIL.

Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Viudo(a) ____ Div/sep ____ Unión Libre ____

• NUMERO DE HIJOS _____

• NIVEL DE ESCOLARIDAD.

Ninguno ____ Primaria ____ Secundaria ____ Estudios Superiores ____

• MARCHA.

Normal ____ Dificultad ____ No _____

• ADITAMENTOS.

Silla de Ruedas si ____ no ____ Caminador si ____ no ____

• COMO SE SIENTE Mal ____ Regular ____ Bien ____ No
Evaluable ____

• INCONTINENCIA URINARIA Si ____ No ____ Sonda Vesical

• RELACION CON FAMILIARES: Activa ____ Inactiva ____

Inexistente ____

4. LLENAR.

• TA ____ / ____ Fc ____ Fr ____

• PATOLOGIAS.

Numero _____

Físicas.

Mentales.

Orgánicas.

• MEDICAMENTOS.

Numero _____

5. RESULTADOS.

- ESCALA DE BARTHEL. _____ ESCALA DE MINIMENTAL.

Escala de minimental

- ¿En qué año estamos? 0-1
- ¿En qué mes? 0-1
- ¿En qué día (fecha)? 0-1
- ¿En qué día de la semana? 0-1
- ¿En qué hora? 0-1
- ¿En qué lugar estamos? 0-1
- ¿En qué piso? 0-1
- ¿En qué ciudad? 0-1
- ¿En qué departamento estamos? 0-1
- ¿En qué país ? 0-1

ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)

Nombre tres palabras (casa-Mesa-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.

FIJACIÓN-Recuerdo

Inmediato (Máx.3)

Pídale que reste 100-7, luego 93-7, luego 86-7, luego 79-7 luego 72-7 , si no es posible pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.

ATENCIÓN CÁLCULO

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

1 punto por cada palabra

.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: "tres tristes tigres comen trigo" 0-1

ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".

Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1

LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". 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

Puntuación Total

(Máx.: 30 puntos)

MODELO DE PRESUPUESTO

1. COSTOS DE PERSONAL					
NOMBRE	CARGO	DEDICACION EN HORAS	COSTO POR HORA	FACTOR PRESTACIONAL Y DE IMPUESTOS	TOTAL
Grupo Investigador					
Jorge Paz	Medico	100	10000	1,4	1400000
Yazmin Rodriguez	Fisioterapeuta	100	10000	1,4	1400000
Diego Ternera	Enfermero	100	10000	1,4	1400000
Grupo Asesor					
Gilma Hernandez	Matemática, Estadística	15	25000	1,4	525000
Ruth Soraya Garzon Diaz	Metodología	5	25000	1,4	175000
TOTAL					4900000

2. COSTOS DIRECTOS DEL PROYECTO					
(Se incluye: materiales, equipos, pasantias, entrenamiento, edición de informes, PAPELERÍA, NORMAS, LIBROS, CONSULTORÍAS,					
DESCRIPCIÓN	USO EN EL PROYECTO	UNIDAD	VLR. UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Fotocopias	Instrumento de caracterización	papel	100	200	20000
Transporte	Traslado del grupo investigador al hogar geriátrico	Pasaje	1500	120	180000
Impresiones	Documentos del Proyecto	Hojas	400	40	16000
Internet	Busqueda De fuentes secundarias	Horas	200	1500	300000
Servicios de encuadernación	Empaste del documento de entrega a la Universidad	Empaste	5000	3	15000
Imprevistos 10%					682400
TOTAL					1213400

TOTAL COSTO DEL PROYECTO = (PERSONAL + DIRECTOS) **6113400**

FM= FACTOR MULTIPLICADOR, REPRESENTA LAS PRESTACIONES SOCIALES Y COMPLEMENTARIOS.

