



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD
FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO
Y NO INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA”**

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MEDICA GENERAL

AUTORA:

Maritza Alexandra Campoverde Encalada

DIRECTOR:

Dr. Patricio Aguirre Aguirre

Loja - Ecuador

2014



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA



CERTIFICACIÓN

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNL
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la señorita MARITZA ALEXANDRA CAMPOVERDE ENCALADA, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, es autora de la tesis: "SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA", la misma que fue dirigida y revisada minuciosamente, por lo que se le autoriza su reproducción y la respectiva presentación al Tribunal de Grado.

Loja, Septiembre del 2013



Dr. Patricio Aguirre Aguirre
DIRECTOR DE TESIS

III. AUTORIA

Yo, Maritza Alexandra Campoverde Encalada declaro ser autor (a) del presente trabajo de tesis "SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA", periodo Enero – Octubre 2013, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca virtual.

Autor: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

Firma:

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Maritza Encalada', written over a horizontal line.

Cédula: 1104869571

Fecha: Loja, 02 de Octubre del 2014

IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Maritza Alexandra Campoverde Encalada, declaro ser autora de la tesis titulada: "SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA" , como requisito para optar al grado: Médica General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 02 Días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:



Autor: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

Cédula:1104869571

Dirección: Loja, Brasil y España Correo Electrónico: maryale-4@hotmail.com

Teléfono: 072586017 Celular:0982238713

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Patricio Aguirre Aguirre

Tribunal de Grado: Dr. Edgar Guamán

Dr. Lindon Zapata

Dra. Anita Puertas

V. DEDICATORIA:

A mis padres, Luis e Hilda.

Por vuestro continuo apoyo.

Por vuestro inmenso cariño.

Por estar siempre ahí para mí.

“Las ondas tienen vaga armonía; las violetas suave olor;
brumas de plata la noche fría; luz y oro el día;
yo, algo mejor: ¡Yo tengo Amor!”
(Gustavo Adolfo Bécquer)

VI. AGRADECIMIENTOS:

Ha Dios.

Por todo lo bueno que ha puesto en mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana.

Carrera de Medicina.

A sus autoridades y docentes.

Por haberme dado la oportunidad de adquirir una formación integral.

Al Dr. Patricio Aguirre

Por su excelencia profesional.

Ha sido un privilegio realizar la tesis doctoral bajo su dirección.

Ha mis padres.

Por creer siempre en mi.

Por el apoyo infinito que me han dado toda mi vida.

Ha todas las personas que sin interés alguno participaron en esta investigación.

En especial a las directoras de los centros de Cuidado del Adulto Mayor “Daniel Álvarez Sánchez” y del Grupo Social Reina del Cisne de Ayuda al Adulto Mayor

“Tardes Felices”.

Gracias por la apertura brindada.

“No hay en el mundo más bello exceso, que la gratitud.”

(Jean De La Bruyere)

1. TÍTULO:

SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL
Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO
INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA.

2. RESUMEN:

Con el objetivo de evaluar la relación existente entre el estado afectivo y la capacidad funcional y cognitiva del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado de la Ciudad de Loja en los Centros: “Daniel Álvarez Sánchez” y del Grupo Social Reina del Cisne “Tardes Felices”, se realizó un estudio cualitativo-descriptivo-analítico-prospectivo, donde se evaluaron a 50 adultos mayores de estos centros.

La clasificación del estado afectivo se realizó mediante la aplicación, de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; la capacidad funcional: en las actividades básicas se usó el Índice de Barthel y para las actividades instrumentales el Índice de Lawton y Brody; y para evaluar la capacidad cognitiva, el Mini-Exámen Cognoscitivo de Folstein.

Los resultados obtenidos mostraron que el estado afectivo si influye en la capacidad cognitiva en especial en los individuos asilados, al igual que si existe una relación con la capacidad funcional, donde se observa que conforme aumenta el deterioro afectivo aumenta el deterioro funcional, lo cual es más evidente en las actividades instrumentales de la vida diaria especialmente en los pacientes institucionalizados.

Así mismo se concluyó que el deterioro de la capacidad cognitiva no influye en la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria tanto para los pacientes institucionalizados como para los no institucionalizados. Pero en los pacientes asilados el déficit cognitivo si influye en el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Comprobando así que el estado afectivo influye tanto en la capacidad funcional como cognitiva de los adultos mayores; en mayor proporción en la capacidad funcional de las actividades instrumentales de los adultos mayores asilados.

SUMMARY:

In order to evaluate the relationship between affective state and cognitive and functional capacity of the elderly institutionalized and non-institutionalized Loja City Centers "Daniel Álvarez Sánchez" Social Group and Reina del Cisne "Happy Evenings" , we conducted a qualitative study-descriptive-analytical and prospective, which evaluated 50 adults over these centers.

The affective state classification was performed by application of the Geriatric Depression Scale Yesavage, functional capacity: on the basic activities used the Barthel Index and the instrumental activities of Lawton and Brody Index, and to assess the cognitive ability, the Mini-Mental State Examination of Folstein.

The results showed that the affective state if it influences cognitive ability in individuals especially refugees, like if there is a relationship to functional capacity, where observe that as affective deterioration increases functional impairment, which is most evident in the instrumental activities of daily living especially in institutionalized patients.

So it was concluded that cognitive impairment does not influence the functional capacity for basic activities of daily living for patients as for non-institutionalized institutionalized. But asylum patient's cognitive deficits if deteriorating influences instrumental activities of daily living.

Checking so affective state influences both the functional and cognitive capacity of older adults, the most in the functional capacity of the instrumental activities of older inmates.

3. INTRODUCCIÓN:

Desde el principio de la civilización, las diferentes culturas que han poblado la tierra se han visto atraídas por el fenómeno del envejecimiento. Por un lado, el reconocimiento de la sabiduría y experiencia que adquiere el ser humano con el transcurso de los años, hace que muchos pueblos hayan dado al anciano un papel indiscutible de liderazgo dentro de la sociedad lo cual, hoy en día se ha desvalorizado y urge restaurarlo.

Los adultos mayores se han convertido en la última década en un grupo etario de alto crecimiento demográfico; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total de todo el planeta. En Europa y América, esta población ya sobrepasa el 20% del total (OMS, 2005).

En las últimas décadas, los países latinoamericanos han experimentado una acelerada transición demográfica y epidemiológica, presentándose cambios notorios en los valores de fecundidad/natalidad y de mortalidad/esperanza de vida, lo que ha originado un envejecimiento progresivo de la población. Se estima que en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres 53,4% y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. (INEC 2011); ocupando Loja el segundo puesto en albergar adultos mayores luego de Bolívar. (INEC 2011).

Por lo tanto, se han generado programas enfocados a impactar positivamente en el estado mental del adulto mayor, ya que es común en esta etapa se presenten trastornos emocionales como la depresión o bien, físicos derivados de su misma edad.

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento individual, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales. Este deterioro progresivo puede

manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

El envejecimiento humano es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo, en donde se acentúan los cambios de composición corporal que sumados a la presencia de patologías, hacen disminuir la capacidad de enfrentarse a problemas sociales, psicológicos y económicos pudiendo afectar el estado cognoscitivo y funcional, siendo éste un indicador de las condiciones de salud del individuo, puesto que un estado funcional, afectivo y cognoscitivo óptimos son fundamental para asegurar la salud y calidad de vida.

La evaluación Geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a identificar y cuantificar problemas, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales. Por lo tanto, va más allá del examen médico de rutina haciendo énfasis en los aspectos funcionales, mentales y sociales los mismos que van a influir directamente en la calidad de vida.

De este modo la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no sólo debe centrarse en medidas de salud física ya que otro tipo de variables de orden psicológico influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico.

Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia. Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son

conjuntos cuantificables de actividades, de diferente nivel de complejidad, que miden las actividades de la vida diaria (AVD).

La depresión es el segundo trastorno psiquiátrico más común en los ancianos, constituyendo uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes en esta población. La presencia de depresión se ha relacionado con una disminución de la calidad de vida, aumento de enfermedades físicas y menor esperanza de vida. Al mismo tiempo, se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas.

En este marco se plantea la presente investigación denominada: Situación afectiva y su relación con la capacidad funcional y cognitiva del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, cuyo objetivo general es, determinar la relación entre el Estado Afectivo con la Capacidad Funcional y Estado Cognoscitivo del Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizados de la Ciudad de Loja; en los centros “Daniel Álvarez Sánchez” y Grupo Social Reina del Cisne “Tardes Felices”, la investigación se llevó en el periodo Enero-Octubre del 2013.

Se identifico en la población asilada y no asilada, el estado afectivo, cognitivo, y funcional, y la relación entre ellos; además de identificar las patologías crónicas más frecuentes y el riesgo de dependencia de los adultos mayores no institucionalizados; para finalmente colaborar con la salud y calidad de vida de los adultos mayores de los centros investigados difundiendo propuestas de solución en base a los resultados de la presente investigación.

Para el estudio de esta investigación se realizó un estudio cualitativo-descriptivo-analítico-prospectivo, donde se evaluaron a 50 adultos mayores de estos centros. La evaluación del estado afectivo se realizó mediante la aplicación, de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; la capacidad funcional: en las actividades básicas se usó el Índice de Barthel y para las

actividades instrumentales el Índice de Lawton y Brody; y para evaluar la capacidad cognitiva, el Mini-Exámen Cognoscitivo de Folstein.

Entre los principales resultados derivados de la presente investigación se señala que del total de la población institucionalizados el 44% eran afectivamente normales e independientes para las actividades básicas, con depresión probable el 20% presentó dependencia leve, y con depresión severa el 4% presento dependencia leve y moderada para estas actividades; en esta población el 32% son autónomos para las actividades instrumentales, con depresión probable el 20% presentó dependencia severa, y en aquellos con depresión severa el 8% tenía de dependencia severa a las actividades instrumentales. En los no institucionalizados, con estado afectivo normal el 48% fueron independientes para las actividades básicas, con depresión probable el 12% eran independientes, y con depresión severa el 4% eran independientes para las actividades básicas; en lo que respecta a las actividades instrumentales, aquellos con estado afectivo normal el 56% eran autónomos, con depresión probable el 8% son autónomos y en aquellos con depresión severa el 4% presentan dependencia ligera.

En lo que respecta al estado afectivo y capacidad cognitiva se encontró en los pacientes institucionalizados, con un estado afectivo normal el 36% eran cognitivamente normales, en aquellos con depresión probable el 20% presentó deterioro cognitivo y con depresión severa el 4% tuvo sospecha patológica y el 4% deterioro cognitivo. En cuanto a los no institucionalizados con estado afectivo normal el 64% eran cognitivamente normales, con depresión probable el 8% fueron cognitivamente normales y aquellos con depresión severa el 4% con deterioro cognitivo.

Concluyendo de acuerdo a los resultados obtenidos; que el estado afectivo influye tanto en la capacidad funcional como cognitiva de los adultos mayores; siendo más significativo, la capacidad funcional de las actividades instrumentales de los adultos mayores asilados.

El trabajo contiene los siguientes apartados: título, resumen, introducción, revisión de literatura, materiales y métodos, resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA:

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es la consecuencia fisiológica del paso del tiempo sobre el organismo. Siendo mejor comprendido si se mira al pasado. Es una consecuencia de la transición demográfica, de la caída de la natalidad, la mortalidad y, claramente, del desarrollo tecnológico y social que ha permitido un considerable aumento en la esperanza de vida de un número mayor de personas.¹

Existen dos grandes grupos de teorías que tratan de explicar desde un punto de vista causal los fenómenos que conducen al envejecimiento. La primera es la teoría exógena, o ambiental, que propone que múltiples factores presentes en el ambiente, en la dieta o derivados del propio metabolismo, ejercen sobre el organismo acciones lesivas puntuales y/o acumulativas que no pueden ser adecuadamente corregidas por los procesos reparativos, pero que por su hiperfunción o por falta de control regulatorio producen lesiones en el organismo. La segunda es la teoría genética, que propone que el envejecimiento se debe a la existencia de determinado genotipo que determina la aparición de cambios fenotípicos asociados a la edad, o dicho de otra manera, que la velocidad de envejecimiento está genéticamente programada. Estas dos teorías no son mutuamente excluyentes, y se podría plantear una teoría mixta según la cual una lesión exógena puntual o repetida puede, junto con el tiempo, modificar la expresión de genes relacionados con los procesos de envejecimiento. Simplificando, la teoría mixta consistiría en que cada organismo tiene una cierta predisposición genética para envejecer, que estaría modulada por la acción de agentes exógenos o del propio metabolismo.²

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

El ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés. De acuerdo con la teoría del interiorismo

biográfico el hogar del anciano adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden la realidad de un mero espacio físico. A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones que pueden actuar de modo de testimonio vivo, en el que se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al anciano con su pasado. Abandonar la casa familiar, supone abandonar el escenario donde se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar doloroso.

Por otra parte, el ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar. Los efectos del ingreso a una residencia geriátrica comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento en que su materialización es considerada como una amenaza. Los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial se conocen como “síndrome del primer mes”. Muchos residentes admitidos sufren un proceso confusional, mientras que otros se deprimen extremadamente, presentan comportamientos extravagantes, e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro. Después del síndrome del primer mes; algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de la muerte.³

VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL (VGI)

La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional en el que intervienen diferentes factores, tales como: el ambiente en que se desenvuelven los ancianos; la relación médico-paciente y médico familiares; la historia clínica, que comprende aspectos médicos, psíquicos, funcionales y sociales; y el examen físico completo.⁴

La estrecha relación entre los factores clínicos funcionales, cognitivos, afectivos y sociales que determinan la presentación y la evolución de la enfermedad en el anciano ha motivado la asistencia geriátrica por medio de la valoración geriátrica integral (VGI). La VGI se define como el proceso diagnóstico

multidimensional que se realiza con el objeto de determinar los problemas médicos y psicosociales y las capacidades funcionales del anciano para poder así desarrollar un plan de cuidados y de utilización adecuada de los recursos, buscando la ubicación que permita resolverlos de la forma más satisfactoria posible.⁵

La evaluación de las diversas áreas de la VGI hace necesario el empleo de distintos instrumentos de medida que permiten objetivar las valoraciones realizadas. La adecuada utilización de las escalas de medida permite mejorar la sensibilidad diagnóstica, aumentando la fiabilidad y reproducibilidad, y posibilita la medición objetiva de las capacidades del sujeto y las comparaciones a lo largo del tiempo.

Normalmente la VGI engloba cuatro áreas principales: Clínica, Funcional, Mental y Social.

Las mediciones del estado mental, funcional y social de los ancianos permitirán conocer:

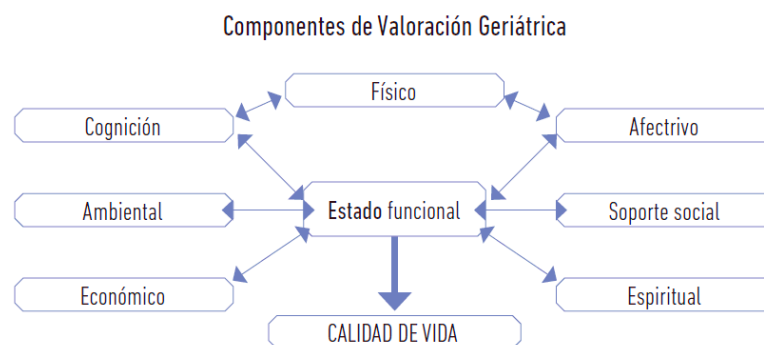
- a) El grado de autonomía, es decir, la capacidad del paciente para decidir por sí mismos su conducta y la orientación de sus actos.
- b) El grado de dependencia, es decir la necesidad de asistencia para realizar ciertos actos. Para evaluar el estado mental se utiliza diversos instrumentos, como el “mini examen mental” de Folstein validado, y actualmente muy difundido.⁶

Además de las particularidades de la evaluación al anciano en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, la persona mayor está expuesta a múltiples problemas asociados al envejecimiento que condicionan su independencia, capacidad de autocuidado y autovalimiento. Estos problemas, que tienen la misma importancia que los puramente biomédicos, derivan de los aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales, y deben ser evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de la persona.⁷

Objetivos de la VGI⁸:

- Mejorar la exactitud y complejidad del diagnóstico clínico geriátrico, previniendo enfermedades agudas y/o iatrogénicas, descubriendo todos los problemas del anciano.
- Descubrir las patologías reversibles y retrasar, si es posible, el avance de las enfermedades crónicas.
- Conservar la máxima autonomía funcional.
- Realizar un óptimo y adecuado plan terapéutico integral.
- Mantener el mayor grado de dignidad personal.
- Proporcionar un ambiente seguro y evitar el inadecuado uso de los servicios sanitarios y sociales.
- Mantener el máximo grado de estabilidad psíquica y mental.
- Obtener la mejor calidad de vida y la integración social.
- Realizar programas de evaluación periódica, buscando posibles cambios que deterioren la calidad de vida del adulto mayor.

Componentes de la Valoración Geriátrica Integral⁹:



a) CLÍNICA

- a. Número y Tipo de Enfermedades
- b. Número y Clase de Fármacos
- c. Enfermedad Actual

b) FUNCIONAL

- a. Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)
- b. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

c) MENTAL

- a. Evaluación Cognitiva
- b. Evaluación Afectiva

d) SOCIAL

- a. Convivencia, vivienda, cuidador principal, necesidades de recursos sociales.

e) OTROS:

- a. Movilidad/Caídas
- b. Incontinencia Urinaria y/o fecal
- c. Malnutrición
- d. Problemas de los órganos de los sentidos
- e. Calidad de Vida

1. VALORACIÓN CLÍNICA:

El objetivo de la valoración clínica es cualificar y cuantificar patologías sintomáticas, identificar aquellas que sean desconocidas, evaluar cómo afectan a la función, decidir y planificar la intervención terapéutica más adecuada.

En el paciente anciano reviste especial importancia la valoración de los síndromes geriátricos. Los principales son la inmovilidad, el estreñimiento, el insomnio, las caídas y la polifarmacia.¹⁰

2. VALORACIÓN FUNCIONAL:

Por función se entiende a la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer

cotidiano, en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar, en forma de ecuación en¹¹:

$$FUNCIÓN = \frac{Físico + Cognitivo + Emocional}{Entorno + Recursos Sociales}$$

El realizar la tarea más sencilla que se pueda imaginar va a exigir un mínimo de capacidad física (Fuerza, capacidad aerobia, elasticidad), de capacidad cognitiva (Conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno de recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar una tarea se convertirá en algo difícil.¹²

Tradicionalmente la capacidad funcional se ha definido desde el punto de vista de la actividad física, y desde esta perspectiva es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obteniéndose después de un programa sistemático de entrenamiento físico, denominado potencial fisiológico máximo. Sin embargo, en geriatría se consiera como la habilidad de un individuo para actuar y funcionar en la vida diaria, con autonomía e independencia.¹³

Factores que Determinan la Capacidad Funcional:

- Presencia de Enfermedades
- Deterioro Físico
- Deterioro Sensorial
- Estilos de Vida
- Motivación
- Expectativas Presentes
- Roles Sociales
- Medio ambiente y Condiciones de Vida
- Ocupación

En síntesis, la capacidad funcional es la experiencia de avanzar en el proceso de realización personal y surge de la integración del sustrato biológico, las capacidades individuales, condiciones físicas, los procesos y requerimientos de

las actividades y el contexto físico, temporal y sociocultural en el cual la experiencia adquiere significado. Por tanto, va más allá del actual apropiado y eficiente, de la ejecución de habilidades, destrezas y funciones para definir cómo actuar, lo cual posibilita la participación y la libre elección y motiva para alcanzar niveles más complejos de autonomía, creatividad y vinculación social.¹⁴

El estudio de esta esfera suele llevarse a cabo valorando la capacidad del paciente para realizar por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria. Debe tenerse en cuenta la valoración de la situación basal o previa a la enfermedad actual, la situación en el momento de consulta y el seguimiento periódico, en particular si se instaura algún tipo de tratamiento.¹⁵

*CATEGORÍAS DE LA FUNCIÓN FÍSICA*¹⁶

1. **Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD):** Suponen el nivel más elemental de función y son esenciales para el autocuidado, siendo las últimas en perderse. Son conductas sensoriales y motoras de base; es decir que dependen exclusivamente del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Están poco influidas por condiciones sociales o culturales. Son el aseo, la movilización, la capacidad de comer, de vestir y las continencias urinarias y fecales.

Universalmente, estas actividades se las realiza de manera independiente cuando existe integridad física y mental para ejecutarlas; quienes no los hacen por sí mismos, son los que carecen de capacidades, los que nunca las adquirieron por condiciones físicas o mentales y los que las perdieron a consecuencia de lesiones, enfermedades o por fragilidad. Se ha demostrado que, estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir, de las más complejas a las mínimas básicas. El desarrollo de las actividades de alimentación y control de esfínteres es necesario para la supervivencia, por tanto, se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o bañarse tienen una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero. En orden jerárquico

son: Alimentarse, continencia, movilidad, traslados y locomoción, ir al baño o usar el sanitario, vestido e higiene.¹⁷

2. **Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Representa el nivel intermedio, hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad; son esenciales para la adaptación al medio ambiente, presenta mayor complejidad de ejecución. Permiten que la persona sea autónoma en la sociedad. Son actividades domésticas y no domésticas. Estas actividades tienen un trasfondo cultural en nuestro medio e implican un nivel de funcionamiento adecuado y acorde a la forma y condiciones de vida de una persona, resultan de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica, que permiten dependencia en el entorno inmediato¹⁸. La evaluación de las AIVD pueden ayudar a mejorar la discriminación entre ancianos con y sin deterioro cognitivo.

Incluyen habilidades perceptivomotrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manearse a sí mismo y a los objetos en el entorno inmediato. También exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas y finalmente habilidades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente. Las actividades instrumentales se correlacionan fuertemente con la función cognoscitiva.¹⁹

3. **Actividades Avanzadas de la Vida diaria (AAVD):** Miden la capacidad del individuo de participar en la vida social de la comunidad y de disfrutar de la misma.

Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y

autonomía. No son Indispensables para llevar una vida autónoma, pero se relacionan positivamente con las funciones cognitivas y afecticas y con la calidad de vida.

Existen múltiples instrumentos para efectuar esta valoración de manera estructurada, objetiva, válida y fiable. Los más generalizados son para las ABVD el índice de Katz y el de Barthel, y para las actividades instrumentales el índice de Lawton.

Estos instrumento no sólo miden la capacidad de una persona para la realización de las actividades de la vida diaria, sino que su interpretación también orienta sobre si ha surgido algún nuevo problema de salud, sobre el tratamiento funcional que debe aplicarse, y sirven para monitorizar la evolución del paciente a lo largo del tiempo. El deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad en las personas mayores, con independencia de los diagnósticos clínicos de los que un anciano sea portador.²⁰

2. VALORACIÓN MENTAL:

La valoración de la esfera mental de una persona mayor debe abarcar el área cognitiva y la afectiva. Respecto a la primera, cuya alteración se manifiesta mediante deterioro cognitivo, los cuadros más frecuentes del anciano son la demencia y el síndrome confusional.

Dado que es frecuente el infradiagnóstico de estos problemas, y que el objetivo reside en su detección en fases tempranas, debe aplicarse instrumentos de detección sistemática de afectación cognitiva. Los instrumentos más usados son el Mini-Mental State de Folstein, la adaptación española Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo, y el cuestionario de Pfeiffer.²¹

La fragilidad cognitiva depende de: 1) variables orgánicas; 2) factores psicosociales, y 3) entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades

tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.²²

En cuanto a la esfera afectiva, la depresión es habitual en los ancianos, y son mucho más frecuentes los síntomas depresivos que no reúnen criterios de depresión mayor. En su detección suelen emplearse diferentes cuestionarios, de los que el más generalizado es la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil.

Dentro de los factores de riesgo de depresión se incluyen: 1) factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza); 2) factores médicos (no se debe olvidar que la prevalencia de depresión en ancianos cuando existe patología médica asociada alcanza el 54%), como enfermedades específicas (ACV, enfermedad de Parkinson, neoplasias...), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, privación sensorial; 3) factores funcionales, que al interactuar con la depresión conducen a un pronóstico negativo; 4) factores psíquicos: episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, demencia, y 5) factores sociales, tales como viudedad, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.²³

En cuanto a los factores de riesgo de ansiedad, destacar: 1) factores biológicos, como predisposición genética y trastorno por ansiedad previo; 2) factores físicos, en los que se incluyen enfermedad dolorosa, cambio reciente en el estado de salud, enfermedades médicas y efectos secundarios de fármacos; 3) factores psicológicos: trastorno de la personalidad, depresión mayor, demencia, insomnio crónico, y 4) factores sociales (similares a los descritos en factores de riesgo de depresión).

1. ALTERACIONES COGNITIVAS:

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo forma parte de un importante problema de salud pública, que se ha incrementado durante la última década de la mano del envejecimiento poblacional. La queja cognitiva representa un motivo de consulta muy frecuente en los pacientes mayores de 65 años, y las posibilidades diagnósticas que surgen a partir de este síntoma varían desde un trastorno de la memoria asociado con la edad hasta su máxima expresión que es la demencia.

La capacidad de aprender, razonar, pensar y comunicarnos, descansan en una serie de funciones que se realizan en la corteza cerebral y que se denominan dominios cognitivos.

Los dominios cognitivos están compuestos por:

1. Atención
2. Memoria
3. Capacidades Visuoespaciales
4. Capacidades Visuoconstructivas
5. Lenguaje
6. Capacidades Ejecutivas

Ancianos Cognitivamente Normales:²⁴

Los pacientes con trastornos de la memoria asociados con la edad se definen en la actualidad como ancianos cognitivamente normales (ACN). Se trata de pacientes con estas características:

- Mayores de 50 años.
- Quejas de memoria de aparición gradual (no aguda).
- Adecuado funcionamiento intelectual y cognitivo en otras áreas.
- Test de Performance Mnésica y cognitiva normales para la edad.
- Sin criterios clínicos de síndrome demencial.

- Con conservación del nivel de la conciencia y sin evidencia de patología cerebrovascular.
- No tener antecedentes de trastornos neurológicos o sistémicos que puedan causar deterioro cognitivo, ni estar en tratamiento con drogas que puedan alterar la funcionalidad cognitiva.

Deterioro Cognitivo Mínimo²⁵

En estos últimos años, existen reportes que identifican un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento cerebral normal y la enfermedad de Alzheimer (EAZ), denominado “deterioro cognitivo leve o inicial”. Este deterioro mínimo se refiere como la condición clínica entre envejecimiento normal y el síndrome demencial, en aquellas personas que experimentan pérdida de memoria de mayor extensión a la esperada por la edad que tienen, aunque aún no cumpla criterios clínicos para demencia o EAZ inicial.

La prevalencia de deterioro cognitivo mínimo aumenta con la edad y es del 1% al 3% a los 60 años, del 15% a los 75 años, y del 42% a los 85 años.

Fisiopatogenia: Está determinado que la mayoría de estos pacientes tienen depósitos de neurofibrillas y placas seniles en los lóbulos temporales mediales. Los estudios de neuroimágenes avalan cambios similares a la EAZ, tales como la atrofia del hipocampo, a tal punto que la aparición de ésta puede predecir la evolución hacia una EAZ clínicamente probable. Finalmente, los biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo, como la proteína Tau, están aumentados en los pacientes con procesos degenerativos, pero dado lo heterogéneo de estos cuadros iniciales, aún no han sido posible encontrar utilidad clínica para éstos.

Clínica: El deterioro cognitivo mínimo, sobre todo el de tipo amnésico, se refiere a un estado transicional entre la cognición del envejecimiento normal y la demencia inicial.

Criterios para Deterioro Cognitivo Mínimo:²⁶

1. Función Cognitiva General Conservada

2. Actividades de la Vida Diaria Normales
3. Ausencia de Demencia
4. Pérdida de Memoria subjetiva y objetiva por más de 6 meses, demostrada con test
5. Alteraciones amnésicas
6. Excluir patologías o drogas que produzcan alteraciones cognitivas.
7. Muchas quejas del paciente, no así de la familia.

De acuerdo con Petersen, los sujetos con criterios de Deterioro Cognitivo Mínimo al año progresan a algún tipo de demencia en alrededor del 10-12%, y a los 3 años, en un 50%, a diferencia de los sujetos con olvidos, que no alcanzan el desvío estándar, que siguen con la prevalencia normal para la edad de la demencia (5% por década), lo que se denominaba trastornos de memoria asociados a la edad.

LAS DEMENCIAS

Definición:

Según el Manual de Diagnósticos y Estadística de desórdenes mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, para formular el diagnóstico de demencia se requiere que el paciente tenga alteración de la memoria asociada con alguna de las siguientes condiciones: afasia, apraxia, agnosia o déficit en las capacidades ejecutivas. Asimismo, también debe haber alteraciones en las actividades ocupacionales o sociales, el trastorno debe ser adquirido y el paciente no debe estar cursando un cuadro confusional cuando es evaluado²⁷. La demencia es un síndrome adquirido, causado por una disfunción cerebral, caracterizado por un deterioro de la cognición y/o una alteración del comportamiento.²⁸

Epidemiología:

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Dado el crecimiento sostenido de la población mayor de 65 años, se espera que el número de personas afectadas por estas patologías aumente progresivamente. Se ha estimado que en los últimos años la

prevalencia de estas patologías ha alcanzado un 3,9% de la población mundial, proyectándose un incremento al 6,9% para el año 2020 y al 13,1% para el año 2040. El costo de estas enfermedades a nivel mundial se ha estimado en 315.400 millones de dólares al año, incluyendo los costos de cuidado formal e informal.

La enfermedad de Alzheimer es la causa de la mayoría de las demencias con el 50% al 60%. Luego le siguen en frecuencia la demencia de origen vascular con el 15%. La demencia mixta (asociación de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular) representan el 10 al 15% y la demencia por cuerpos de Lewy corresponde al 10%.

Presentación Clínica:

La demencia se presenta con deterioro cognitivo de una declinación en la habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (repercusión funcional), a la que suelen agregarse trastornos neuropsiquiátricos y emocionales, tales como apatía, labilidad, depresión, agitación, ansiedad, irritabilidad e incluso psicosis.²⁹

1. Signos de Deterioro Cognitivo:³⁰

Según el patrón clínico de deterioro cognitivo que presentan las demencias, pueden clasificarse en corticales y subcorticales; cuyas diferencias se demuestran en el siguiente cuadro.

DETERIORO COGNITIVO			
SIGNOS	CORTICAL		SUBCORTICAL
	Temporoparietal	Frontotemporal	
LENGUAJE	Anomia	Reducido	Normal
	Afasia	Estereotipado	-
HABLA	Normal	Normal	Disartria
MEMORIA	Amnesia	Preservada	Olvidos
ORIENTACIÓN	Normal	Poca	Poca
PRAXIS	Normal	Poca	Poca
PERCEPCIÓN	Normal	Poca	Poca
TAREAS FRONTALES	Normales	Normales	Disminuidas
PERSONALIDAD / CONDUCTA	Afectación Tardía	Afectación Inicial	Apatía
SISTEMA MOTOR	Normal	Normal	Normal

2. Signos Neuropsiquiátricos³¹:

Además de los signos de deterioro cognitivo, los pacientes con demencia desarrollan síntomas afectivos y neuropsiquiátricos que pueden aparecer en cualquier momento de la evolución del síndrome. A veces se presentan cuando la demencia ya ha sido diagnosticada y lleva varios años de evolución, mientras que, en ocasiones, aparecen antes que el deterioro cognitivo y representan las primeras alteraciones que llaman la atención de la familia y es motivo de consulta.

Las alteraciones neuropsiquiátricas más frecuentes en los pacientes con demencia son³²:

- Síntomas de depresión y/o ansiedad
- Los trastornos de la personalidad como la apatía
- Irritabilidad y la desinhibición
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia
- Agitación
- Trastornos en los hábitos alimentarios.
- Conductas inapropiadas y los síntomas psicóticos

Con el objetivo de clasificar las enfermedades, sistematizar los estudios y para definir los síntomas que indicarían la presencia de un cuadro demencial existen diferentes pautas. Dentro de los más utilizados están los criterios DSMIV (American Psychiatric Association [APA], 1994) y CIE-10, que son parte de la clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS (WHO/OMS, 1992) [2,21]. Sin embargo, estos criterios tienen importantes limitaciones. Por una parte, los criterios DSM-IV se crearon basándose en la demencia tipo Alzheimer y no reflejan el conjunto de las demencias. Por ejemplo, los criterios del DSM-IV consideran el trastorno de memoria como el principal síntoma de las demencias, lo que, si bien es válido para la enfermedad de Alzheimer (EA), no se ajusta al patrón de presentación de otras

demencias en las que la memoria está preservada, como las demencias frontotemporales (DFT).³³

Por lo tanto, los criterios del DSM-IV y del CIE-10 no son aplicables a todos los tipos de demencias y no reflejan su heterogeneidad. Más aún, estudios epidemiológicos han mostrado que existe una baja concordancia entre esos dos criterios: un porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de demencia según el CIE-10 no cumplen los del DSM-IV y viceversa. Considerando las limitaciones de estos criterios, Knopman y colaboradores han propuesto recientemente nuevos criterios que puedan aplicarse a la mayoría de las demencias y no solo a la EA.³⁴ Que se resumen en la siguiente tabla:

CRITERIOS DE KNOPMAN, PETERSEN Y BOEVE (2003)

A. Trastorno en uno o más dominios cognitivos:

- a. Trastornos de la memoria
- b. Dificultades para enfrentar y/o resolver tareas complejas
- c. Trastornos de la capacidad de razonamiento
- d. Trastornos de las capacidades espaciales, de la orientación espacial y del reconocimiento de objetos.
- e. Trastornos del lenguaje (afasia)

B. Los trastornos cognitivos interfieren con el trabajo y/o las actividades sociales y/o las relaciones interpersonales.

C. Los trastornos cognitivos corresponden a un deterioro significativo en relación al nivel de funcionamiento previo.

D. Los trastornos cognitivos no están presentes exclusivamente durante un episodio confusional.

Para plantear un síndrome demencial se requiere la presencia de un deterioro adquirido (de etiología cerebral) de una o más funciones cognitivas y/o del comportamiento que interfiera de manera significativa con las actividades de la vida diaria, es decir, se traduzca en una disminución de la autonomía o autovalencia del paciente.³⁵

Las causas frecuentes de demencia en la edad senil son:

1. Enfermedad de Alzheimer
2. Demencia Vascular
3. Enfermedad por Cuerpos de Lewy

2. TRASTORNOS AFECTIVOS:

Los trastornos afectivos son una serie de entidades clínicas que tienen en común la alteración del estado de ánimo. Por estado de ánimo se entiende un estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Los Síndromes Afectivos oscilan entre dos polos en los cuales, en los extremos, estarían la manía y la melancolía.

Los trastornos del afecto son varios y se pueden clasificar de manera sintética, teniendo en cuenta la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Así tenemos:³⁶

- **EPISODIOS AFECTIVOS:**
 - Episodio Depresivo Mayor; que según su gravedad puede dividirse en leve, moderado y severo, o de acuerdo con el curso en remisión total o parcial.
 - Episodio Maníaco
 - Episodio Hipomaniaco
 - Episodio Mixto

- **TRASTORNOS DEPRESIVOS:** Exigen la presencia o ausencia de un episodio depresivo.
 - Trastorno Depresivo Recurrente (Trastorno Depresivo Mayor o Unipolar)
 - Distimia

- **TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR:** Exigen la presencia o historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos.

- Trastorno Bipolar con episodios maniacos (Bipolar tipo I)
- Trastorno Bipolar con episodios hipomaniacos (Bipolar tipo II)
- Trastorno Ciclotímico

- TRASTORNOS DEL AFECTO SECUNDARIOS:
 - Enfermedad Médica
 - Inducido por Sustancias

- FORMAS ESPECIALES DE TRASTORNOS AFECTIVOS:
 - Depresión Atípica
 - Depresión Postparto
 - Síndrome mixto de ansiedad y depresión
 - Melancolía
 - Depresión Doble
 - Depresión con síntomas ansiosos

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La enfermedad depresiva en la edad senil constituye un importante problema de salud mental para el médico de atención primaria por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación.

Desde el punto de vista cuantitativo, se estima que el 12% de los sujetos de más de 65 años atendidos en los centros de salud presenta un episodio depresivo mayor que cumple con los requisitos diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III-R), mientras que el 20% muestra síntomas depresivos significativos que reducen substancialmente la calidad de vida y facilitan el desarrollo de un cuadro depresivo más florido (Schulberg et al., 1992).³⁷

La depresión en el anciano presenta una prevalencia del 1%, pero en aquellos que se hallan en residencias geriátricas, la proporción incrementa

considerablemente hasta un 20-25%. La importancia de este trastorno en el anciano radica sobre todo en las consecuencias para su bienestar, causándole un grado importante de sufrimiento, con pérdida de su calidad de vida, favoreciendo la aparición de morbilidad física, o agravando la evolución de cualquier enfermedad orgánica previa.³⁸

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales; en lo que respecta al sistema nervioso, se produce una pérdida de conectividad nerviosa, y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, caracterizada por una hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, tal capacidad está disminuida en la población anciana.

Las situaciones psicosocial, física y biológica son los principales determinantes que marcan las características del colectivo anciano. La primera viene marcada por la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus tanto social como económico y el mayor aislamiento social; esta problemática se ve agrandada por la menor capacidad y los menores recursos que el anciano tiene para adaptarse a estas nuevas circunstancias. La situación física se caracteriza por la frecuente aparición de enfermedades físicas, con la consiguiente discapacidad que originan éstas. Finalmente, la situación biológica presenta como principales condicionantes las enfermedades físicas y los fenómenos neurodegenerativos, que pueden conducir a la aparición de cuadros depresivos.³⁹

La depresión es, junto con la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos. El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida. Sin embargo, es la responsable no sólo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno, sino también de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y, secundariamente, con un claro impacto en el consumo de recursos sanitarios.

Etiopatogenia:

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en el colectivo geriátrico, conviene señalar, de entrada, que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia.⁴⁰

Finamente, no hay que olvidar la gran incidencia del desencadenamiento somático de las depresiones seniles.

Los principales factores precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas.⁴¹

Factores de Riesgo⁴²

PREDISPONENTES	CONTRIBUYENTES	PRECIPITANTES
Personalidad (Dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos)	Situación económica	Socio- Crisis propias de la edad.
Aprendizaje de respuesta a situaciones de tensión.	Dinámica Familiar	Abandono
Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica).	Grado de escolaridad, actividades laborales y recreación.	Sentimientos de desesperanza.
	Pertenencia a un grupo étnico específico.	Aislamiento.
	Formas de Violencia.	Violencia.
	Comorbilidad Orgánica y Mental.	Muerte de Familiares y allegados.
		Pérdidas económicas.
		Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas.
	Discapacidad y disfuncionalidad.	
		Dependencia.

Formas Clínicas de la Depresión:⁴³

1. **Depresiones Reactivas Consecutivas a un Estrés**

Psicosocial: Tienen una causa desencadenante, son las más frecuentes. Llamadas también depresiones neuróticas, se acompañan de ansiedad, miedos, síntomas somáticos, constipación, trastornos digestivos, inapetencia con pérdida de peso o hiperfagia, insomnio o hipersomnia y pérdida de interés. Responden adecuadamente al tratamiento.

2. **Depresiones Endógenas:**

No es una enfermedad propia de la vejez, algunas veces hace su aparición por primera vez en este periodo de la vida. Es la menos frecuente y la más temible por riesgo de suicidio. Se caracteriza por ser de irrupción espontánea, por la inhibición psicomotriz marcada y el insomnio con despertar temprano, que es el momento de mayor riesgo suicida. Mejora en el transcurso del día y sobre todo a la hora de dormir.

Además, hay agitación, queja y dolor moral, sentimientos de vacío, desinterés, inapetencia, síntomas hipocondríacos, culpabilidad, fracaso, desastre económico, alucinaciones anestésicas y auditivas pudiendo llegar a un delirio de negación de los órganos.

3. **Depresiones Endorreactivas:**

Afectan en mayor parte a las mujeres durante la etapa de la involución cercana a la menopausia; a este desequilibrio endocrinológico se lo considera un factor predisponente. El comienzo es insidioso, con oscilaciones del estado de ánimo, trastornos neurovegetativos, ideas hipocondríacas, cansancio, parestesias, distensión abdominal, impotencia, declinación sexual, insomnio pertinaz y agitación.

4. Formas Asociadas:

- a) **A Perturbaciones Psiquiátricas:** Se pueden asociar a alcoholismo o demencia.
- b) **A Trastornos Somáticos:** Como el cáncer, enfermedad de parkinson, enfermedades endócrinas, anemia u otras condiciones médicas.
- c) **Iatrogenia Medicamentosa:** Los antihipertensivos, tranquilizantes, neurolépticos, hipnóticos, corticoides, antitiroideos, anorexígenos, beta-bloqueantes, pueden producir depresión y en esta etapa es muy importante el tema de la polifarmacia.

5. Formas Tramposas:

Se denominan así porque los síntomas depresivos aparecen ocultos:

- Cuando la persona se torna en un anciano gruñón reivindicativo, irritable y agresivo, con un cambio reciente de personalidad.
- Seudodemencia

6. Depresión Enmascarada:

Los síntomas psíquicos ocupan un segundo plano, escondidos por los somáticos, que aparecen en primer plano.

Las quejas somáticas más frecuentes son: Cefaleas, trastornos digestivos, dolores articulares, ardor al orinar, prurito anal, prurito vulvar, mal gusto en la boca y constipación. Fluctúan en el día con predominio matinal. Los síntomas somáticos no tienen base orgánica, son vagos, imprecisos y cambiantes. Niegan estar deprimidos.

7. Depresión Esencial:

La depresión tiene que ver con la disminución del tono libidinal y la disminución del instinto de vida.

En la depresión esencial hay desaparición de la libido narcisístico.
Predomina el instinto de muerte.

Clínica y Diagnóstico:⁴⁴

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico, el cual se basa, a su vez, en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos.

Un importante factor que interfiere negativamente a la hora de establecer el diagnóstico de depresión senil es la creencia muy extendida, no sólo en la comunidad, sino también entre el colectivo sanitario, de que la depresión es la consecuencia lógica del envejecimiento, creencia que en absoluto es respaldada por datos clínicos y epidemiológicos.

La historia clínica deberá recoger los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o sus familiares de primer grado. Es conveniente también que esta historia incluya los principales rasgos de la personalidad del anciano, especialmente si la personalidad de éste ha sido una personalidad basada en la necesidad de orden y perfeccionismo.

Si bien el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano normalmente expresa su malestar como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente el estado anímico sea obligatoriamente vivenciado como la mencionada tristeza.

La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión.

Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.).

Otros síntomas característicos son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora y se hace autorreproches.

Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito:⁴⁵

- La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio, siendo el denominado insomnio tardío, caracterizado por un despertar temprano, la variedad más típica y frecuente en los casos graves.
- La depresión se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una proporcionalidad entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de la sintomatología del cuadro depresivo.

Finalmente, conviene destacar el alto riesgo de suicidio detectado en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad. La alta prevalencia de enfermedad depresiva en los ancianos con tentativas suicidas, en comparación con otras enfermedades, justifica el compromiso de los profesionales de la salud para detectar la posible presencia de conducta autolítica y proceder a un tratamiento vigoroso y a la vigilancia estrecha a cargo de los familiares del enfermo. Factores que se asocian con un alto riesgo suicida son: ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo asociado, sentimiento de culpa, historia de anteriores intentos suicidas y presencia de anestesia afectiva (sentimiento de falta de sentimiento).⁴⁶

Interface de Depresión y Demencia:

La depresión y la demencia son dos enfermedades frecuentes en el anciano. Pueden aparecer como procesos independientes o bien pueden relacionarse de diversas formas, incluso etiológicamente, apareciendo ambas enfermedades pero con distintos grados de intensidad.⁴⁷

Esta graduación de gravedad va desde la presencia de síntomas depresivos aislados, depresión menor, distimia o depresión mayor, por una parte; y por la

otra, presentación de quejas de memoria aisladas, deterioro cognitivo en diferentes grados de intensidad, hasta demencia franca.

Puede ocurrir que el anciano presente sólo síntomas de la esfera cognitiva, o sólo síntomas de la esfera afectiva, en cuyo caso habría que hablar únicamente de demencia o depresión, respectivamente. No obstante, lo más usual es que aparezcan síntomas tanto cognitivos como afectivos, lo que da lugar a una clínica sumamente diversa, que puede traer consigo distintos diagnósticos. Incluso cabe la posibilidad de que el enfermo pase de un trastorno a otro, lo cual obviamente es otra dificultad más a la hora de establecer el diagnóstico. A modo de resumen, puede decirse que la relación entre demencia y depresión, puede manifestarse en tres formas diferentes:⁴⁸

- Paciente aquejado de demencia que desarrolla un episodio depresivo.
- Episodio depresivo primario acompañado de quejas sobre problemas cognitivos.
- Depresión como factor de riesgo o antecedente de demencia

La prevalencia de la depresión en el curso de un síndrome demencial es de 30 a 50%. La depresión mayor que se inicia 10 años antes o más del diagnóstico de demencia y el antecedente de depresión durante la vida se asocian con un aumento en el riesgo de enfermedad de Alzheimer. La depresión puede ser como consecuencia del disturbio de los neurotransmisores cerebrales debido a la enfermedad demencial.⁴⁹

3. VALORACIÓN SOCIAL:

La valoración integral de una persona mayor no está completa mientras no exista al menos información básica sobre sus condiciones sociales. La precariedad social, frecuente en el anciano, se asocia a mayor incidencia de enfermedad y, por el contrario, muchas enfermedades acarrear implicaciones sociales y alteraciones del hábitat del anciano. El tratamiento preciso de un paciente, pero si sobre todo si su enfermedad tiende a la dependencia, exige

conocer su situación de convivencia, a su cuidador principal, las características de su vivienda, el grado de cobertura de sus necesidades y una aproximación del su nivel de ingresos. Todo ello puede modificar decisiones sobre si emplear un tratamiento médico u otro sobre a quién explicar la medicación que debe administrarse.

La valoración social es un proceso que pretende evaluar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea. Es un concepto amplio y multidimensional, a veces de difícil medición. Es un concepto muy amplio y puede valorarse cuatro aspectos: actividades sociales, relaciones sociales, soporte social y recursos sociales. Por ello no existen escalas e instrumentos que permitan estudiar en su totalidad las unciones sociales.⁵⁰

5. MATERIALES Y MÉTODOS:

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo CUALITATIVA-DESCRIPTIVA-ANALÍTICA; de corte TRANSVERSAL. Además de ser un Estudio PROSPECTIVO.

TIEMPO

La ejecución de la presente investigación se realizó desde el 1 de enero al 1 de octubre del 2013.

LUGAR DE INVESTIGACIÓN

El lugar de investigación fue el en la ciudad de Loja.

UNIVERSO

El universo estuvo compuesto por todos los Adultos Mayores del Centro de Cuidado del Adulto Mayor “Daniel Álvarez Sánchez” que corresponde a 50 individuos asilados y los Adultos Mayores del Grupo Social Reina del Cisne de Ayuda al Adulto Mayor “Tardes Felices” (100 aproximadamente).

MUESTRA:

Estuvo constituida por 50 adultos mayores entre 65 a 90 años, del Centro del Cuidado del Adulto Mayor “Daniel Álvarez Sánchez” y del Grupo Social Reina del Cisne de Ayuda al Adulto Mayor “Tardes Felices”.

TIPO DE MUESTREO:

Para seleccionar la muestra se aplicará criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos Mayores de género femenino y masculino de edad mayor a 65 años y menor de 90 años.
- Pacientes con Patologías que no provoquen alteraciones en su estado mental.

- Adultos Mayores que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos con edades Mayores a 90 años.
- Adultos Mayores con Patologías que alteren su estado mental.
- Adultos Mayores que no acepten participar en el estudio.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Para la recolección de información se elaboró previamente un instrumento de recolección de datos (Anexo 1), en el cuál se registró todas las variables propuestas en los objetivos.

Se identificó a los adultos mayores que se encontraban en los dos centros de ayuda, se les explicó en qué consistía la presente investigación, si estos aceptaban participar se les entregó un consentimiento informado (Anexo 2), donde se explicaba lo que se iba a realizar. Una vez obtenida dicha autorización, se obtuvo datos en cuanto a identificación del adulto mayor (nombres, apellidos, edad, género, estado civil y patologías).

A los adultos mayores seleccionados, se les valoró el estado afectivo realizándoles el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 3); el estado cognoscitivo a través del Mini-Exámen Cognoscitivo de Folstein (Anexo 4); para evaluar la capacidad funcional: De las actividades básicas de la vida diaria el Índice de Barthel (Anexo 5) y de las Actividades Instrumentales de la vida diaria El Índice de Lawton y Brody (Anexo 6) y para evaluar el Riesgo de dependencia del adulto mayor se utilizó la Escala de Barber (Anexo 7).

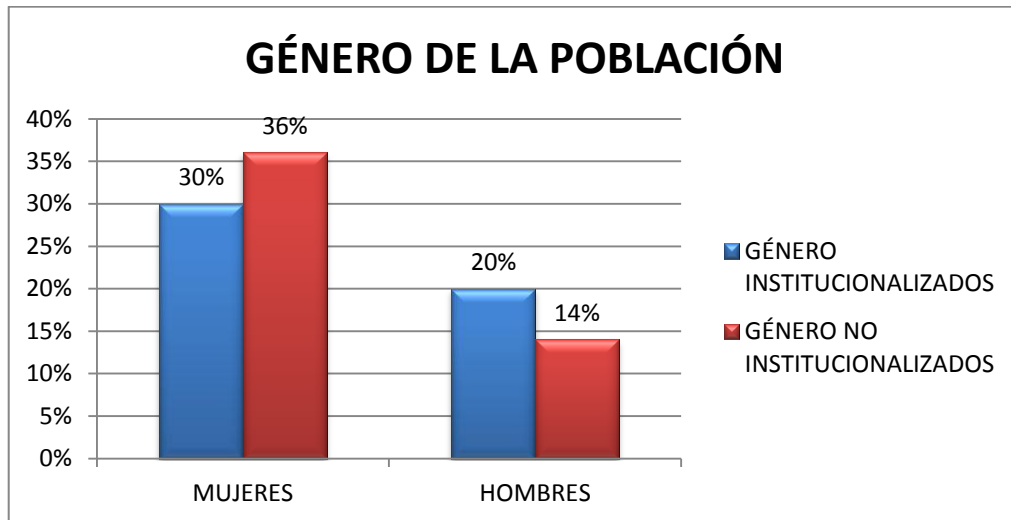
Una vez recopilada la información, se procedió a la tabulación, y luego al análisis e interpretación de datos. Además se realizó gráficos para su lectura y representación utilizando programas informáticos, como Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word.

Finalmente se elaboró la discusión, conclusiones y recomendaciones correspondientes.

6. RESULTADOS:

GRÁFICO No.1

GÉNERO DE LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA



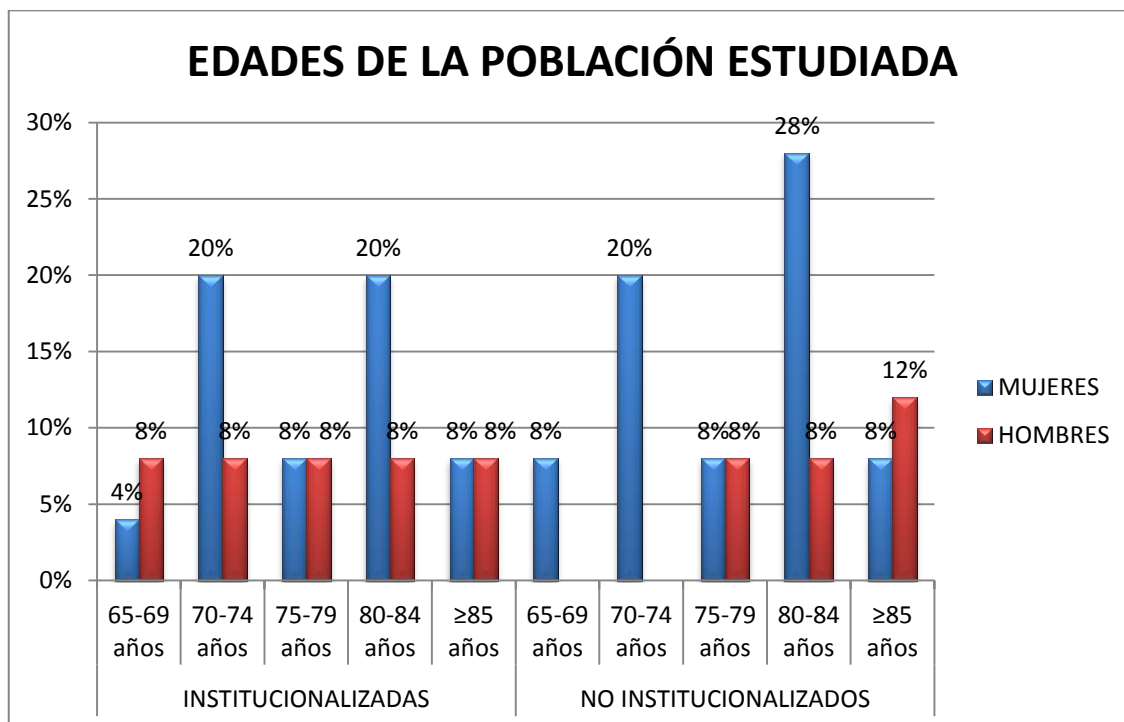
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

Gráfico No.1 del total de la muestra, el 50% son institucionalizados, y el otro 50% no institucionalizados. De los Institucionalizados el 20% son varones y el 30% son mujeres. De los no Institucionalizados el 14% son varones y el 36% son mujeres. La muestra es homogénea en cuanto a número; pero en cuanto a género se trabaja con más mujeres que son el 56% de la muestra y 44% varones.

GRÁFICO No.2

GRUPOS DE EDAD PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS



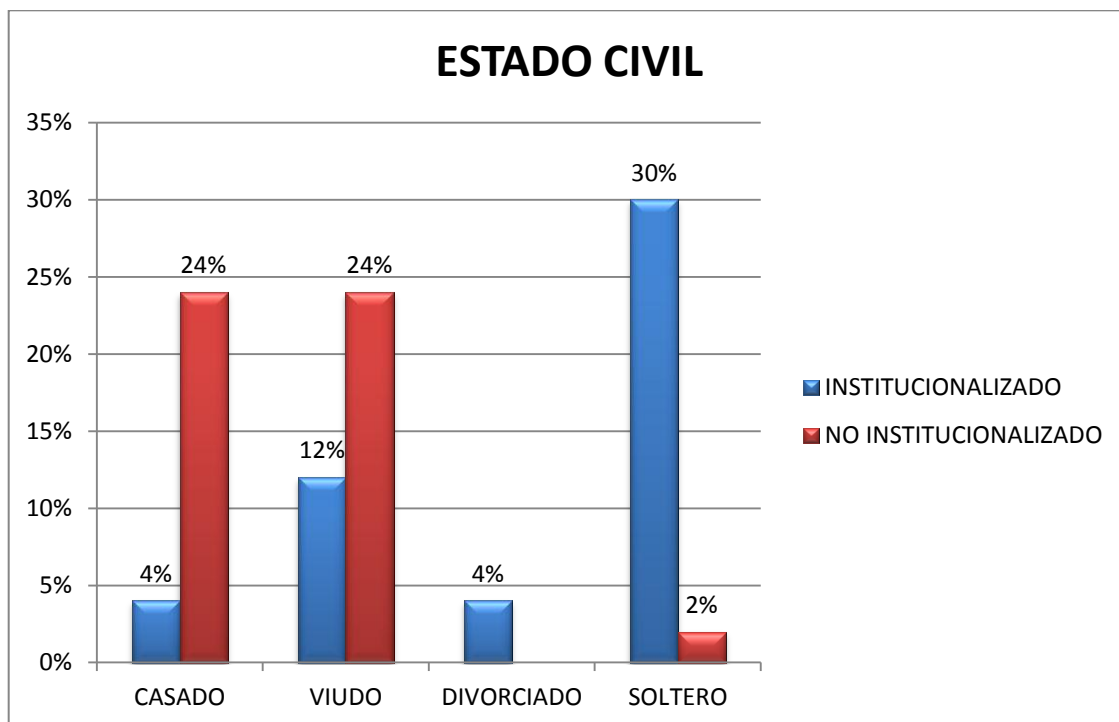
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En la Gráfico No.2 observamos que de los pacientes institucionalizados de género femenino la mayor parte corresponde con el 20% al grupo de edad de 70-74 años y de 80-84 años; seguidos con el 8% para el grupo de 75-79 años y los ≥85 años y con el 4% el grupo de 65-69 años; en el género masculino todos los grupos de edad corresponden al 8% (65-69;70-74;75-79;80-84 y ≥85 años). En los pacientes no institucionalizados de género femenino con el 28% el grupo de edad de 80-84 años, con el 20% el grupo de 70-74 años y con el 8% tanto para el grupo de 65-69 años, 75-79 años y los ≥85 años; en el género masculino el 12% corresponde a los ≥ 85 años y para los grupos de 75-79 años y de 80-84 años le corresponden el 8% para cada uno.

GRÁFICO No.3

ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA

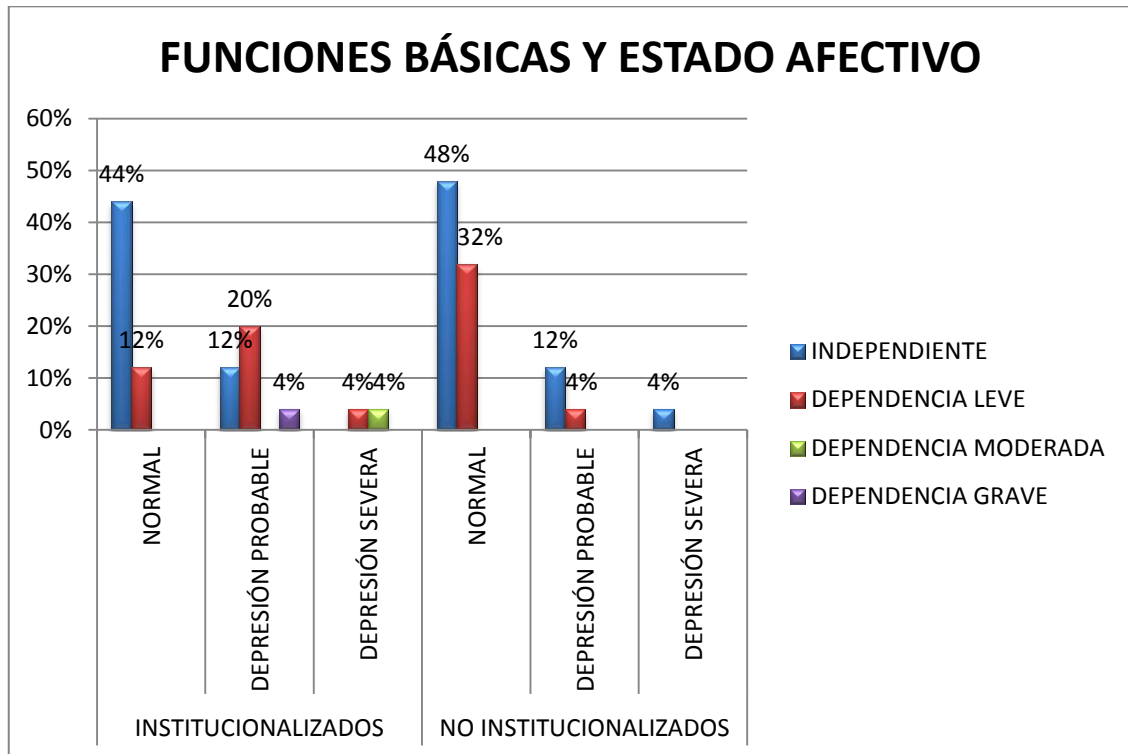


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos
Elaborado Por: Maritza Campoverde

En la Gráfico No.3 con respecto a los individuos institucionalizados, el 30% son solteros, el 12% viudos, el 4% casados y divorciados el 4%. En los individuos no institucionalizados el 24% son casados, viudos el 24% y el 2% restante son solteros.

GRÁFICO No.4

FUNCIONES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y ESTADO AFECTIVO DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

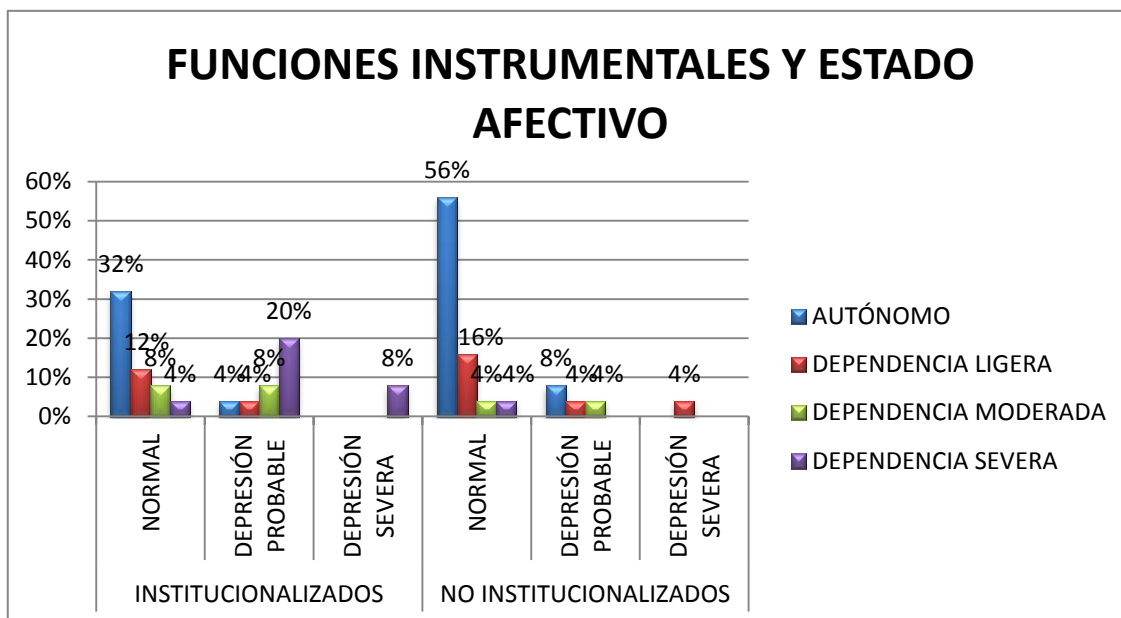


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos
Elaborado Por: Maritza Campoverde

Gráfico No. 4 observamos que en los pacientes institucionalizados normales el 44% es independiente y 12% tienen dependencia leve. De los institucionalizados con depresión probable el 12% es independiente, el 20% con dependencia leve y el 4% con dependencia grave. Y de los Institucionalizados con depresión severa el 4% tiene dependencia leve y 4% con dependencia moderada. De los pacientes no institucionalizados normales el 48% son independientes, el 31% tienen dependencia leve. De los no institucionalizados con depresión probable el 12% son independientes y el 4% presentan dependencia leve. De los pacientes no institucionalizados con depresión severa el 4% son independientes.

GRÁFICO No.5

FUNCIONES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y ESTADO AFECTIVO DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS



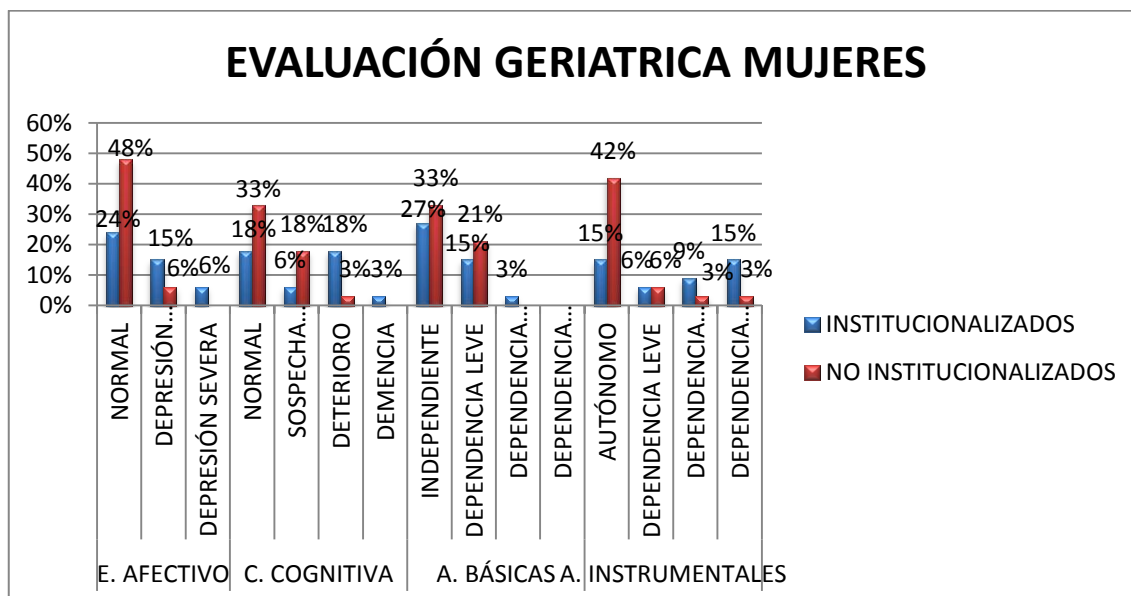
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el Gráfico No. 5 los pacientes institucionalizados normales el 32% son autónomos, el 12% tienen dependencia ligera, el 8% dependencia moderada y el 4% dependencia severa. De los institucionalizados con depresión probable el 20% presentan dependencia severa, el 8% dependencia moderada, el 4% dependencia ligera y el 4% son autónomos. De los institucionalizados con depresión severa el 8% tienen dependencia severa. En cuanto a los pacientes no institucionalizados normales el 56% son autónomos, el 16% con dependencia ligera, el 4% con dependencia moderada y el 4% con dependencia severa. En los no institucionalizados con depresión probable el 8% son autónomos, el 4% con dependencia ligera y con dependencia moderada el 4%. En los no institucionalizados con depresión severa el 4% presentan dependencia ligera.

GRÁFICO No.6

ESTADO AFECTIVO, COGNITIVO Y FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADO EN RELACIÓN AL GÉNERO FEMENINO



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

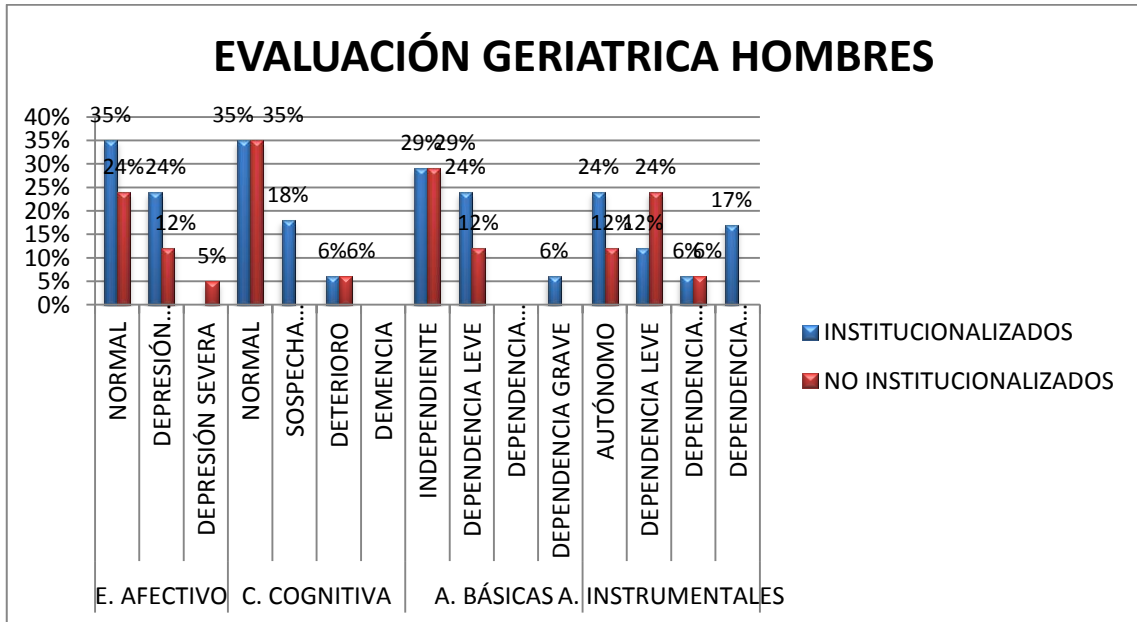
Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el gráfico No.6 con estado afectivo normal, el 24% son institucionalizadas, y el 48% no institucionalizadas; con depresión probable el 15% son institucionalizadas y el 6% no institucionalizadas; con Depresión Severa el 6% son institucionalizadas. Con capacidad cognitiva normal el 18% son institucionalizadas y el 33% no institucionalizadas; con sospecha patológica el 6% son institucionalizadas y el 18% no institucionalizadas; con deterioro el 18% son institucionalizadas y el 3% no institucionalizadas; con demencia el 3% son institucionalizadas. En cuanto a la capacidad funcional: En lo referente a las actividades básicas, son independientes el 27% de las pacientes institucionalizadas y el 33% de las no institucionalizadas; con dependencia leve el 15% son institucionalizadas y el 21% no institucionalizadas; con dependencia moderada el 3% son institucionalizadas. Y en cuanto a las actividades instrumentales, son autónomas el 15% de las pacientes institucionalizadas y el 42% de las no institucionalizadas, con dependencia leve el 6% de las institucionalizadas y el 6% de las no institucionalizadas, con dependencia

moderada el 9% de las institucionalizadas y el 3% de las no institucionalizadas y en cuanto a aquellas pacientes con dependencia severa el 15% son aquellas que se encuentran institucionalizadas y el 3% de las no institucionalizadas.

GRÁFICO No.7

ESTADO AFECTIVO, COGNITIVO Y FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADO EN RELACIÓN AL GÉNERO MASCULINO



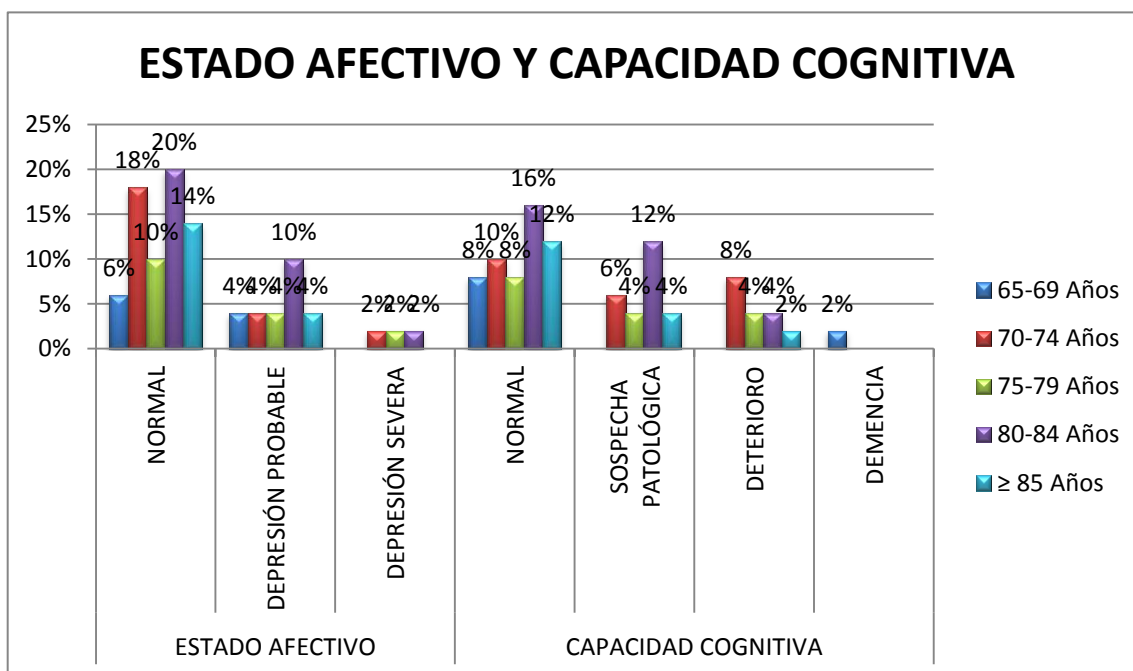
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el gráfico No.7 con estado afectivo normal, el 35% son institucionalizados, y el 24% no institucionalizados; con depresión probable el 24% son institucionalizados y el 12% no institucionalizados; con Depresión Severa el 5% son no institucionalizados. Con capacidad cognitiva normal el 35% son institucionalizados y el 35% no institucionalizados; con sospecha patológica el 18% son institucionalizados; con deterioro el 6% son institucionalizados y el 6% no institucionalizados. En cuanto a la capacidad funcional: En lo referente a las actividades básicas, son independientes el 29% de los pacientes institucionalizados y el 29% de los no institucionalizados; con dependencia leve el 24% son institucionalizados y el 12% no institucionalizados; con dependencia grave el 6% son institucionalizados. Y en cuanto a las actividades instrumentales, son autónomos el 24% de los pacientes institucionalizados y el 12% de los no institucionalizados, con dependencia leve el 12% de los institucionalizados y el 24% de los no institucionalizados, con dependencia moderada el 6% de los institucionalizados y 6% de los no institucionalizados y con dependencia severa el 17% de los institucionalizados.

GRÁFICO No.8

ESTADO AFECTIVO Y CAPACIDAD COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADO EN RELACIÓN A LA EDAD



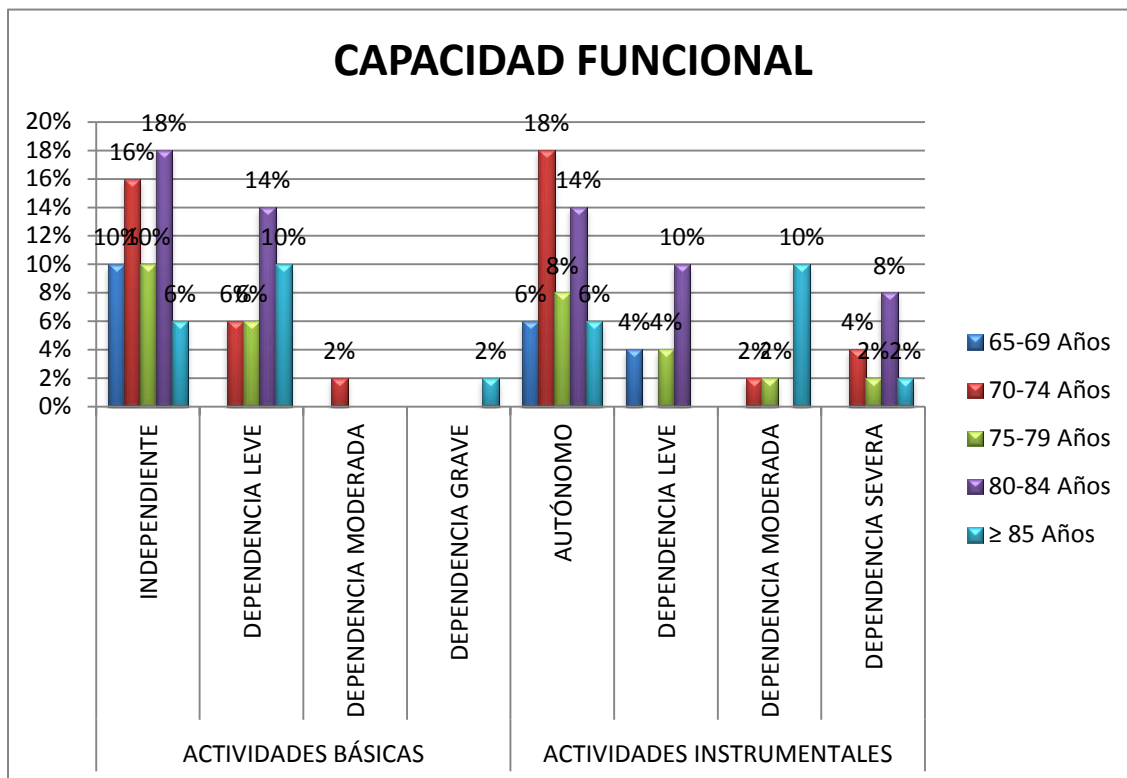
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el gráfico No.8 con estado afectivo normal el 20% son del grupo de 80-84 años, el 18% de 70-74 años, el 14% de ≥85 años, el 10% de 75-79 años y el 6% de los 65-69 años; con depresión probable el 10% del grupo de 80-84-69 años, el 4% para cada uno de los grupos etarios correspondientes a los de 70-74 años, 75-79 años y los ≥ 85 años; con depresión severa el 2% tanto para los de 70-74 años, 75-79 años y de 80-84 años. Con capacidad cognitiva normal el 16% son de 80-84 años, el 12% de los ≥85 años, el 10% de 70-74 años, el 8% de 65-69 años y el 8% restante de los de 75-79 años; con sospecha patológica el 12% son de 80-84 años, el 6% de 70-74 años, el 4% de 75-79 años, el 4% de los ≥ 85 años; con deterioro cognitivo el 8% son de 70-74 años, el 4% de 75-79 años, el 4% de 80-84 años, y el e% son de los ≥ 85 años; y aquellos con demencia el 2% son los 65-69 años.

GRÁFICO No.9

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS EN RELACIÓN A LA EDAD



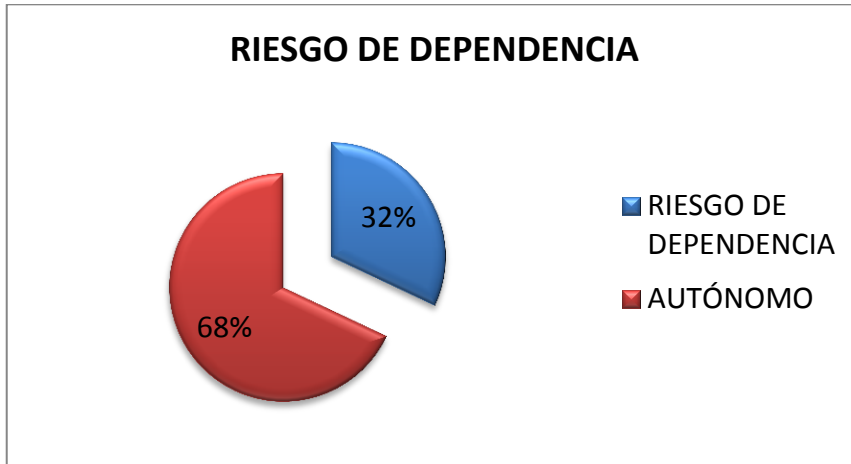
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el gráfico No.9 con capacidad funcional de las actividades básicas, independientes el 18% son de 80-84 años, el 16% de 70-74 años, el 10% de 65-69 años, el 10% de 75-79 años y el 6% de ≥ 85 años; con dependencia leve el 14% son de 80-84 años, el 10% de los ≥ 85 años, el 6% de 75-79 años, y el 6% de 70-74 años; con dependencia moderada el 2% de 70-74 años y con dependencia grave el 2% de los ≥ 85 años. Con capacidad funcional de las actividades instrumentales, autónomos el 18% son de 70-74 años, el 14% de 80-84 años, el 8% de 75-79 años, el 6% de 65-69 años, el 6% de los ≥ 85 años; con dependencia leve el 10% son de 80-84 años, y el 4% de 65-69 años y de 75-79 años; con dependencia moderada el 10% son de los ≥ 85 años, el 2% de 70-74 años, el 2% de los 75-79 años; y aquellos con dependencia severa el 8% son de 80-84 años, el 4% de 70-74 años, el 2% de 75-79 años y el 2% los ≥ 85 años.

GRÁFICO No.10

RIESGO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR NO INSTITUCIONALIZADO

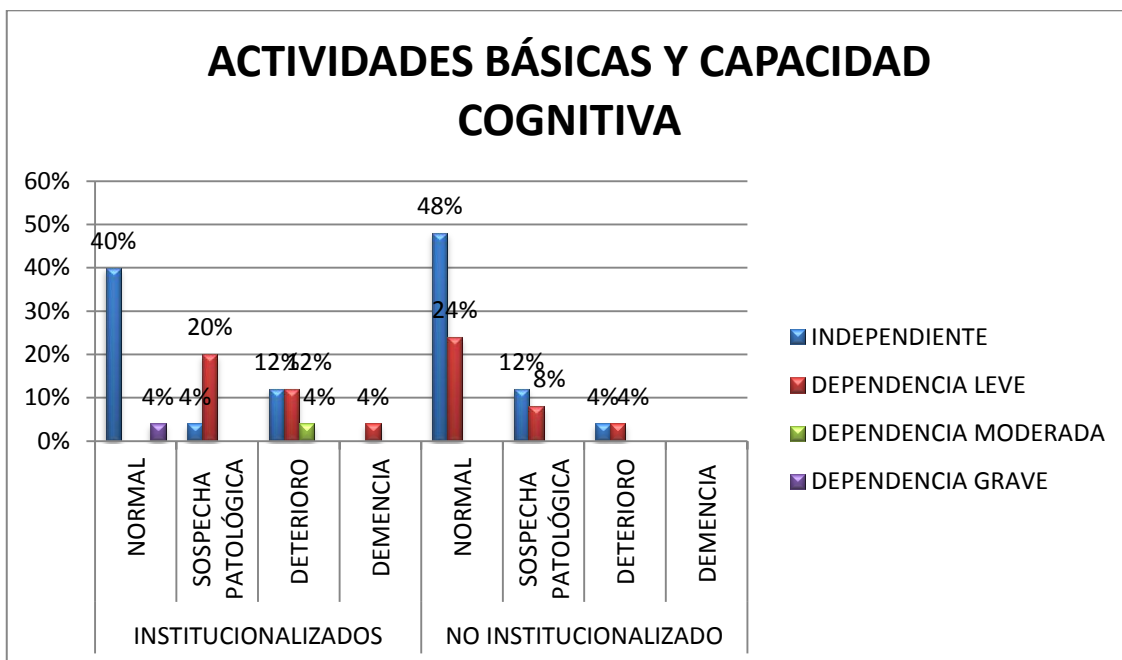


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos
Elaborado Por: Maritza Campoverde

Gráfico No.10 el 68% de los pacientes no institucionalizados no tienen riesgo de dependencia son autónomos y el 32% presenta ya un riesgo de dependencia.

GRÁFICO No.11

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y CAPACIDAD COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO



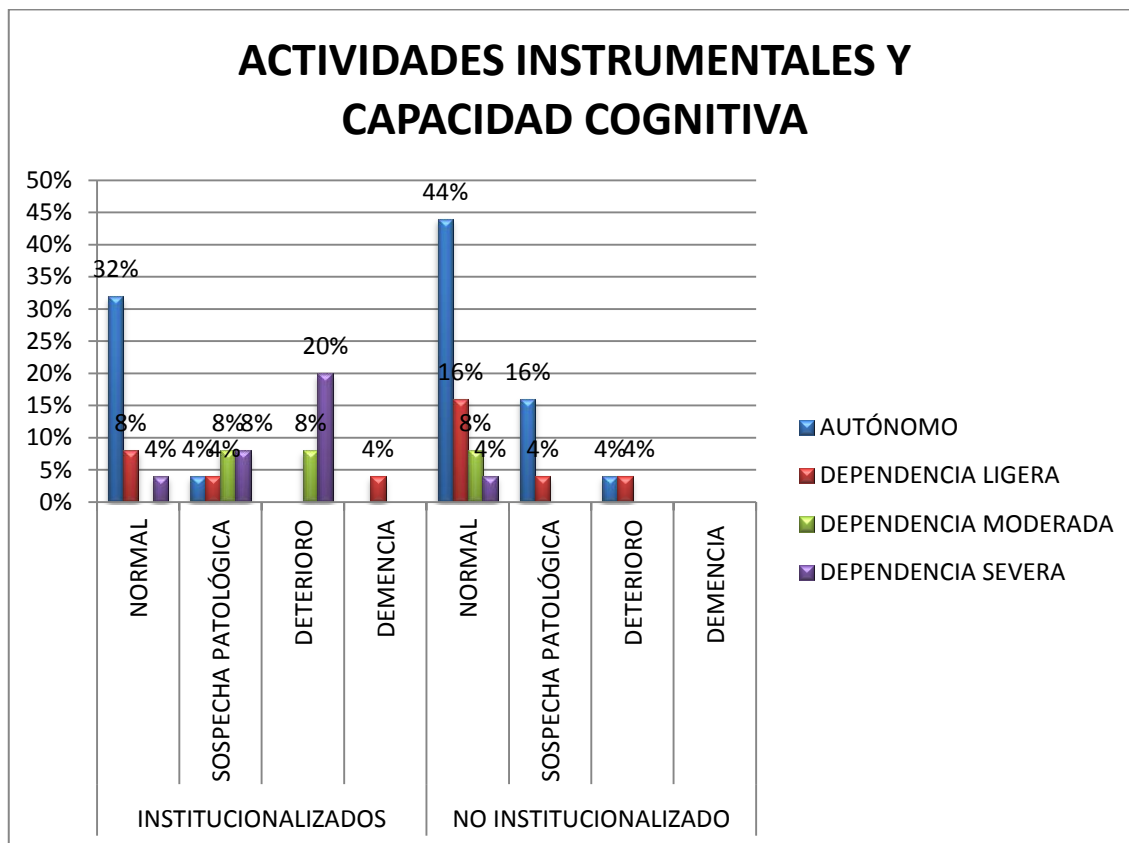
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

El Gráfico No. 11, de las pacientes institucionalizadas que son cognitivamente normales el 40% son independientes para la realización de las actividades físicas, y el 4% tienen dependencia grave; de aquellas con sospecha patológica el 20% tienen dependencia leve y el 4% son independientes; aquellos pacientes con deterioro cognitivo el 12% son independientes, el 12% con dependencia leve y el 4% presentan dependencia moderada; institucionalizados con demencia el 4% con dependencia leve. De la población no institucionalizada cognitivamente normal el 48% son independientes y el 24% con dependencia leve; con sospecha patológica el 12% son independientes y el 8% con dependencia leve; con deterioro cognitivo el 4% son independientes y el 4% restantes con dependencia leve.

GRÁFICO No.12

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y CAPACIDAD COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO



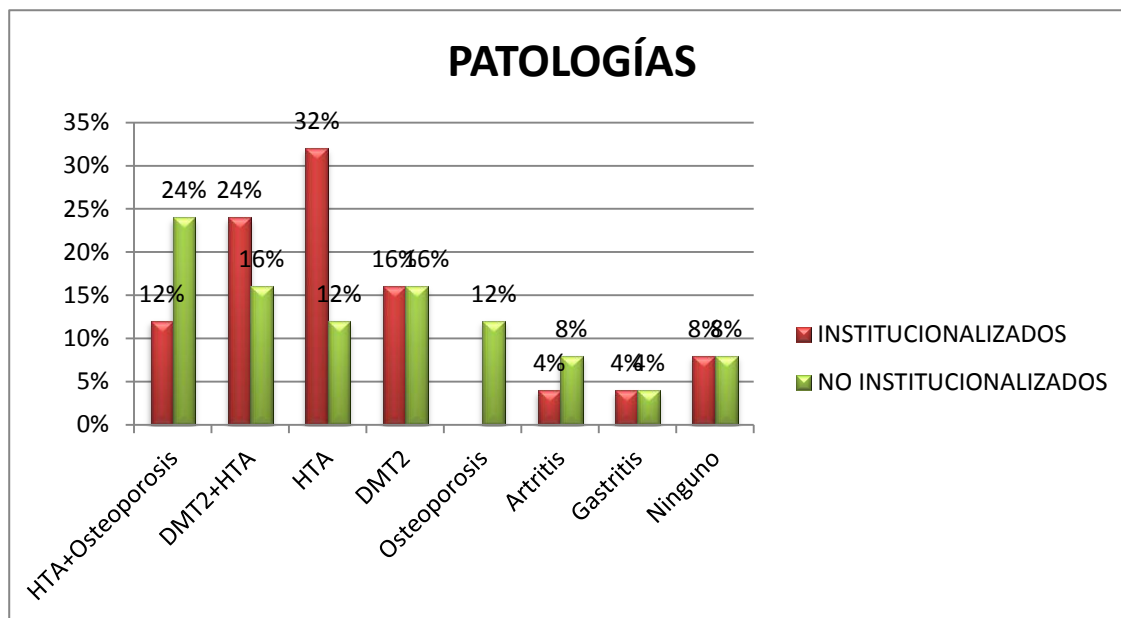
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

Gráfico No.12 de los pacientes institucionalizados cognitivamente normales el 32% son autónomos para las actividades instrumentales, el 8% con dependencia ligera y el 4% con dependencia severa; con sospecha patológica el 8% con dependencia moderada y dependencia severa y el 4% tanto para los autónomos como para la dependencia ligera; con deterioro cognitivo el 20% con dependencia severa y el 8% con dependencia moderada; y aquellos con demencia el 4% presentan dependencia ligera. Y en los pacientes no institucionalizados con capacidad cognitiva normal el 44% son autónomos, el 16% con dependencia ligera, el 8% con dependencia moderada y el 4% con dependencia severa; aquellos con sospecha patológica el 16% son autónomos y el 4% con dependencia ligera; y los con deterioro cognitivo el 4% son autónomos y el 4% restantes con dependencia ligera.

GRÁFICO No.13

PATOLOGÍAS CRÓNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS



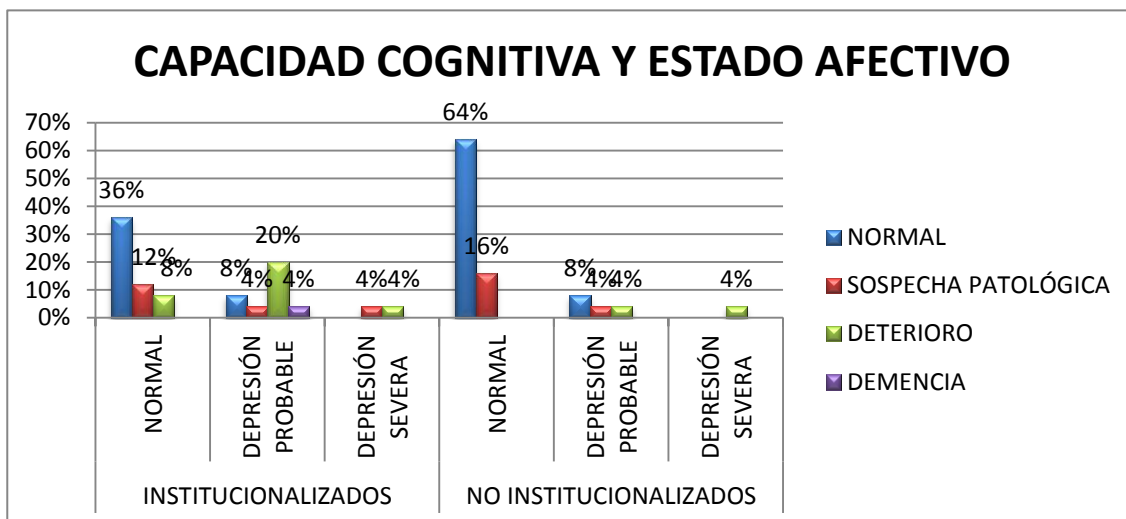
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

En el Gráfico No. 13 se presentan tanto con osteoporosis como con hipertensión arterial el 12% de los individuos institucionalizados y el 24% de los no institucionalizados. Con diabetes mellitus Tipo 2 e Hipertensión arterial el 24% corresponden a los institucionalizados y el 16% a los no institucionalizados. Con Hipertensión Arterial el 32% son institucionalizados y el 12% no institucionalizados. Con Diabetes Mellitus Tipo 2 el 16% son institucionalizados y el 16% no institucionalizados. Con Osteoporosis el 12% son no institucionalizados. Con Artritis el 4% son institucionalizados y el 8% no institucionalizados. Con Gastritis el 4% son institucionalizados y el 4% no institucionalizados. Y aquellos que no indicaron presentan ninguna patología corresponde al 8% de institucionalizados y el 8% de los no institucionalizados.

GRÁFICO No.14

CAPACIDAD COGNITIVA Y ESTADO AFECTIVO DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Elaborado Por: Maritza Campoverde

Gráfico No.14 de los pacientes institucionalizados con estado afectivo normal el 36% son normales en cuanto a su capacidad cognitiva, el 12% con sospecha patológica y el 8% con deterioro. Institucionalizados con depresión probable el 8% son normales, el 4% con sospecha patológica, el 20% con deterioro cognitivo y el 4% con demencia. Institucionalizados con depresión severa el 4% presentan sospecha patológica y el 4% deterioro cognitivo. De los pacientes no Institucionalizados con estado afectivo normal el 64% son cognitivamente normales y el 16% con sospecha patológica. No institucionalizados con depresión probable el 8% son normales, el 4% con sospecha patológica y el 4% con deterioro cognitivo. No institucionalizados con depresión severa el 4% presentó deterioro cognitivo.

7. DISCUSIÓN:

La frecuencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto en el que nos encontremos, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Es difícil determinar con exactitud la frecuencia de la depresión geriátrica en cada caso, ya que los estudios realizados sobre este tema emplean poblaciones diferentes, instrumentos y métodos de detección distintos, criterios de definición distintos, etc.

En el presente estudio se evaluaron a los pacientes del Centro del Cuidado del Adulto Mayor “Daniel Álvarez Sánchez” y del Grupo Social Reina del Cisne de Ayuda al Adulto Mayor “Tardes Felices” con edad igual o mayor de 65 años, y menores de 90 años; que no presentaran para el momento de la evaluación déficit neurológicos agudos o crónicos, obteniéndose en total 50 pacientes. De estos, 66% pertenecían al sexo femenino y 34% al sexo masculino.

En cuanto a la relación capacidad funcional-estado afectivo del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado tenemos que; en lo que respecta a las actividades básicas de la vida diaria ambos grupos de estudio presentan en su mayoría un estado afectivo normal con independencia para estas funciones; siendo así que en el grupo de los institucionalizados el 44% son afectivamente normales e independientes; el 20% presente depresión probable y dependencia leve; y con depresión severa tenemos que un 4% presente dependencia leve y el 4% restante dependencia moderada. En los no institucionalizados tenemos que el 48% son afectivamente normales e independientes para estas actividades y el 12% con depresión probable son independientes, al igual que el 4% con depresión severa e independencia. Y en las actividades instrumentales se ve que la mayor parte de ambas poblaciones asiladas y no asiladas son afectivamente normales y autónomas con el 32% y el 56% respectivamente. En los Institucionalizados con depresión probable el 20% presenta dependencia leve, y el 8% presentan dependencia severa. Y en los No Institucionalizados con depresión probable el 8% son autónomos y aquellos con depresión severa el 4% presentan dependencia ligera. Pudiendo así observar la estrecha relación entre la capacidad funcional y estado afectivo que

conforme aumente el deterioro afectivo aumenta el deterioro funcional, que es más evidente en las actividades instrumentales de la vida diaria especialmente en los pacientes institucionalizados; lo que se relaciona a lo encontrado por Sullivan en 1995, "Las personas mayores deprimidas tienen mayores tasas de incapacidad y mortalidad con peores resultados en programas de rehabilitación física"⁵¹.

En la presente investigación el estado afectivo, en la mayor parte de la población es normal con el 48% para género femenino no institucionalizado, con depresión probable el 24% del género masculino asilado el 24% y con depresión severa encontramos a las mujeres institucionalizadas con el 6%. Concluyendo de esta manera que el grupo más afectado es la población institucionalizada y de esta el género masculino es el más afectado. Resultados que concuerda con el estudio realizado en México del 2011 en cual se encuentra "que el estado afectivo es más deteriorado en la población residente en asilos y casas-hogar de Colima, Manzanillo y Tecomán"⁵².

Existen varios factores que podrían ayudar a explicar la tasa tan alta de depresión en Residencias, como: el sentimiento de abandono, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso de dinero, aislamiento alejamiento de su ambiente y red social habitual, lo que conduce a un sentimiento de desarraigo y esfuerzo de adaptación relevante, cambios significativos en el estilo de vida, con incremento en el grado de estrés, adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital, falta de objetivos y actividades e incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte.

En cuanto a la evaluación de la capacidad cognitiva, el género masculino asilado como no asilado presentaron normalidad con el 35% cada uno, con sospecha patológica el 18% tanto para las mujeres no institucionalizadas como para los hombres institucionalizados, con deterioro cognitivo las mujeres asiladas con el 18% y con demencia igualmente las mujeres asiladas con el

3%; siendo así que las mujeres presentan mayor deterioro cognitivo y la población institucionalizada se encuentra mayormente afectada. Resultados que concuerdan con el estudio realizado en México⁵³ donde la población institucionalizada se encuentra más afectada pero difiere en cuanto al género ya que en el estudio citado los hombres son más afectados cognitivamente lo cual difiere del presente estudio. Pero en cuanto a que el género femenino es el más afectado concuerda con un estudio realizado en Madrid-España 2006⁵⁴ y en el estudio Nacional de Dependencia de España⁵⁵; en los cuales nos indica que el género más afectado es el femenino.

En el estado funcional evaluado en cuanto a las funciones básicas de la vida diaria se encontró que el género femenino no institucionalizado es independiente para estas actividades con el 33%, con dependencia leve el género masculino institucionalizado con el 24%, con dependencia moderada el género femenino asilado con el 3% y con dependencia grave el género masculino asilado con el 6%. Teniendo así que la población más afectada es la institucionalizada tanto para el género masculino como el femenino con una leve predominancia del género masculino.

Y en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, son autónomos para estas actividades el género femenino no institucionalizado con el 42%, con dependencia leve el género masculino no asilado con el 24%, con dependencia moderada el género femenino institucionalizado con el 9% y con dependencia severa con el 17% para el género masculino asilado; siendo así que al igual que las actividades básicas en las actividades instrumentales la población más afectada en la institucionalizada tanto el género femenino como masculino. Pero aquí es importante recalcar que las actividades instrumentales se pueden considerar en nuestra sociedad como aquellas que mayormente son realizadas por las mujeres ya que aquí constan ciertas actividades como por ejemplo, preparar la comida, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa y el realizar compras que en nuestro medio son propias del género femenino, considerando esto se concluye que el género más afectado para estas actividades son las mujeres. También es importante recalcar que la capacidad funcional no es mayormente deteriorada en ambas poblaciones ya que los

resultados nos dan cifras intermedias, es decir en condiciones de “dependencia leve” y “dependencia moderada”. Resultados que concuerdan con los del estudio en México⁵⁶ y Madrid-España⁵⁷ que nos indica que la funcionalidad del total de la población sujeta al estudio fue más deteriorada en la población institucionalizada no habiendo diferencias significativas en cuanto al género al igual que el presente estudio.

En cuanto a las edades en el presente estudio se observa que el estado afectivo normal es mayor en el grupo de edad de 80-84 años con el 20%, con depresión probable igual los de 80-84 años con el 10% y con depresión severa con el 2% tanto para el grupo de 70-74 años, 75-79 y de 80-84 años. Siendo así el grupo de edad más afectado es a partir de los 70 años hasta los 84 años. Es importante recalcar que la población estudiada estuvo en su mayor parte conformada por adultos mayores entre 80-84 años. De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que estos concuerdan con Rojtenberg⁵⁸, el cual nos indica que entre el 10 al 20% de los adultos mayores presentan algún grado de depresión luego de los 70 años, y que esta prevalencia aumenta con el incremento de la edad hasta los 85 años en donde se ha observado que hay una disminución de esta prevalencia.

La capacidad cognitiva normal es más frecuente en los pacientes de 80-84 años con el 16%, con sospecha patológica el mismo grupo de edad de 80-84 años con el 12%, con deterioro cognitivo el 8% de los de 70-74 años y el 2% con demencia en edades de 65-69 años. Dando así que el grupo más afectado fue de 65-69 años, y de 70-74 años. Resultados que no concuerda con el estudio realizado en Madrid-España⁵⁹ el cual nos indica que las edades más afectadas fueron los mayores de 75 años.

En cuanto a la capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria tenemos que el grupo de 80-84 años de edad fueron independientes con el 18%, con dependencia leve el 12% fue de este mismo grupo de edad de 80-84 años, con dependencia moderada se encontró al grupo de 70-74 años con el 2% y con dependencia grave al grupo ≥ 85 años. Teniendo así que el grupo más afectado para las actividades básicas de la vida diaria fueron los de 70-74 años y los ≥ 85 años. Y en cuanto a las actividades instrumentales de la vida

diaria el grupo de 70-74 años presentaron autonomía en un 18%, dependencia leve los de 80-84 años con el 10%, con dependencia moderada los ≥ 85 años con el 10% y con dependencia severa los de 80-84 años con el 8%. Resultados que concuerdan con el Estudio Nacional de la Dependencia del Adulto mayor de España⁶⁰ en el cual nos refiera que a medida que aumenta la edad mayor es la discapacidad funcional.

En cuanto al riesgo de dependencia a través del test de Barber se encontró que el 32% tiene riesgo de dependencia y 68% son autónomos; datos que tiene concordancia con los hallados en el estudio sobre "Identificación de Personas Mayores con alto riesgo de dependencia en medio comunitario"⁶¹; en donde el 46% presentaba un riesgo de dependencia e igualmente hay concordancia con un trabajo de España, el de Baztan⁶².

En la presente investigación se encontró que tanto los adultos mayores asilados como no asilados con capacidad cognitiva normal eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria con el 40% y 48% respectivamente y también presentaban autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria con el 32% para los institucionalizados y el 44% para los no institucionalizados. Con los resultados obtenidos se indica que el deterioro de la capacidad cognitiva no influye en la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria tanto para los pacientes institucionalizados como para los no institucionalizados. Pero en los pacientes asilados el déficit cognitivo si influye en el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria. Lo cual concuerda por lo dicho por Kaplan⁶³ que nos indica que las alteraciones en la capacidad cognitiva primero afecta a las actividades más avanzadas para por último afectar a las básicas de la vida diaria; también concuerda con lo dicho por Vélez⁶⁴ donde nos indica que las actividades instrumentales están correlacionadas fuertemente con la función cognitiva.

En la vejez las manifestaciones y sintomatología de las enfermedades difieren bastante de las del resto de la población. Muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a la dependencia. En la población estudiada la Hipertensión Arterial con el 32% fue la patología crónica más frecuente en los institucionalizados y en los no institucionalizados fue la

doble patología dada por la Hipertensión Arterial y la Osteoporosis con el 24%. Datos que concuerdan con el “Estudio Nacional de la Dependencia de los Adultos Mayores de España⁶⁵”; en el cual se encontró las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población estudiada son la Hipertensión Arterial con un 62,1% de reporte, la Diabetes con una prevalencia de 21,8%, y la Osteoporosis, con 17,2%.

Al evaluar la relación estado afectivo-capacidad cognitiva tenemos que la mayor parte de los pacientes institucionalizados y no institucionalizados tienen un estado afectivo normal con una capacidad cognitiva normal con el 36% y 64% respectivamente; en los asilados con depresión probable el 20% presenta deterioro cognitivo y aquellos con depresión severa el 4% presenta sospecha patológica y deterioro cognitivo; y en la población de no asilada tenemos que aquellos que presentan depresión probable el 8% son cognitivamente normales y aquellos con depresión severa el 4% tienen deterioro cognitivo. Dando lugar a que el estado afectivo influye en la capacidad cognitiva en especial en los institucionalizados. Resultados que corroboran por lo dicho en la literatura; “En los trastornos depresivos del adulto mayor se encuentra disminuida la capacidad cognitiva”(Gómez-Restrepo)⁶⁶, además otros autores como Kaplan, nos indican que en los estados depresivos suelen coexistir síntomas de deterioro cognitivo.

8. CONCLUSIONES:

En la siguiente investigación con el tema “SITUACIÓN AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADO DE LA CIUDAD DE LOJA” se ha concluido que:

1. La mayor parte de los pacientes institucionalizados y no institucionalizados son afectivamente normales e independientes para las actividades básicas y autónomos para las actividades instrumentales de la vida diaria. De acuerdo a los resultados obtenidos se llega a la conclusión de que si existe relación entre la capacidad funcional y estado afectivo ya que se puede observar que conforme aumenta el deterioro afectivo aumenta el deterioro funcional, lo cual es más evidente en las actividades instrumentales de la vida diaria especialmente en los pacientes institucionalizados.
2. El género femenino no institucionalizado y el género masculino institucionalizado en su mayor porcentaje fue afectivamente normal. Y la mayor parte de mujeres no asiladas y hombres asilados y no institucionalizados fueron cognitivamente normales.

En cuanto a la capacidad funcional la mayor parte tanto de mujeres no institucionalizadas como hombres institucionalizados, presentaron independencia para las actividades básicas de la vida diaria y autonomía para las actividades instrumentales. Así como un porcentaje importante de hombres no asilados fueron dependientes leves en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria.

De los cognitivamente y afectivamente normales el mayor porcentaje estuvo en el grupo de edad de 80-84 años. En cuanto a la capacidad funcional, son independientes para las actividades básicas de la vida diaria en mayor proporción el grupo de 80-84 años y son autónomos para las actividades instrumentales de la vida diaria en mayor cantidad el grupo de 70-74 años.

3. En los adultos mayores no institucionalizados el mayor porcentaje no tiene riesgo de dependencia.
4. La mayor cantidad de la población asilada y no asilada fue cognitivamente normal e independiente para las actividades básicas y autónomas para las actividades instrumentales de la vida diaria. Con los resultados obtenidos se concluye que el deterioro de la capacidad cognitiva no influye en la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria tanto para los pacientes institucionalizados como para los no institucionalizados. Pero en los pacientes asilados el déficit cognitivo si influye en el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria.
5. La patología más frecuentes en pacientes institucionalizados fue la HTA y en los no institucionalizados la HTA + Osteoporosis.
6. La mayor cantidad de individuos asilados y no asilados fueron afectivamente normales y cognitivamente normales. En cuanto a la relación estado afectivo – capacidad cognitiva se concluye que el estado afectivo si influye en la capacidad cognitiva en especial en los individuos institucionalizados.
7. La población institucionalizada estuvo compuesta en mayor porcentaje por mujeres, al igual que la población no institucionalizada. En cuanto a la edad en los individuos institucionalizados, el mayor porcentaje estuvo dado por los grupos de edad de 70 a 74 años como para el grupo de 80 a 84 años; y en los no institucionalizados el mayor porcentaje estuvo dado por el grupo de 80 a 84 años. Con respecto al estado civil en la población asilada la mayor parte fue soltero(a) y en los no asilados fueron los casados (as) y viudos (as).

9. RECOMENDACIONES:

- Incentivar a los organismos de salud a la creación de equipos multidisciplinarios especializados y adiestramiento del personal médico en el manejo de pacientes de edad avanzada y establecerse un programa estatal de apoyo social que a manera de política transexenal, garantice una mejor calidad de vida de este sector de la población.
- Realizar una investigación para conocer las posibles causas que influyen en el deterioro afectivo, cognitivo y funcional del adulto mayor institucionalizado, para mejorar y mantener un buen estado de salud física y mental en la población institucionalizada. Y de otras investigaciones en los demás centros de atención del adulto mayor así como de la población en general para conocer su situación actual.
- Involucrar a las nuevas generaciones a través de la educación, en la revaloración del adulto mayor como ente importante de la sociedad, trasmisor del conocimiento; para de esta manera evitar el abandono de los adultos mayores y así disminuir los niveles de depresión en este grupo de edad.
- Educar a los familiares de los adultos mayores sobre su valor e importancia en el rol de los cuidados de los ancianos para así evitar alteraciones en su estado afectivo.

10. BIBLIOGRAFÍA:

- ¹ Serranos S. P, Cols. Depresión: Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2001. Pág.10-11
- ² Alvarez G. Joaquín, Nuñez M. Juan. Dependencia en Geriatria. España: Universidad de Salamanca; 2009. Pag. 20-23
- ³ Riquelme Antonio. Depresión en Residencias Geriátricas. España: Universidad de Murcia; 2000. Pág. 26-28
- ⁴ Martinez Morales Fernando. Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología. Tomo I. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; 2000. Pág.9
- ⁵ RUIPÉREZ Cantera I., BAZTÁN Cortés J.J, JIMÉNEZ ROJAS C., SEPÚLVEDA Moya D. El Paciente Anciano: 50 Casos Clínicos Comentados. España: McGraw Hill Interamericana; 2000. Pág.71-72
- ⁶ IDEM Bibliografía No. 4. Pág.11-14
- ⁷ Rodriguez García J.L. Diagnóstico Tratamiento Médico. España: Marbán; 2009. Pág.2249
- ⁸ Abel C., Allegri L., Garau L., Genovese O., Mangone C. Tratamiento de los síntomas cognitivos en la enfermedad de Alzheimer. España: Marbán; 2008. Pág. 39-47.
- ⁹ Timiras Paola S. Bases Fisiológicas del Envejecimiento y Geriatria. España: Masson;1999. Pág. 127
- ¹⁰ Velez Hernán, Rojas William, Borrero Jaime, Restrepo Jorge. Fundamentos de Medicina: Geriatria. Colombia:Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006. Pág. 140

- ¹¹ Larrion J.L. Servicio de Geriátría: Hospital de Navarra. Volumen 22. España: Hospital de Navarra; 2000. Pág. 71-72
- ¹² IDEM Bibliografía 11. Pág.139
- ¹³ IDEM Bibliografía 11. Pág.141-142
- ¹⁴ Fernández K. Lucero. El Residente: Valoración Integral Geriátrica. Vol. 5. España: Panamericana; 2012. Pág. 55-65.
- ¹⁵ Lázaro M. Indicadores Sanitarios: En Geriátría XXI, análisis de necesidades y recursos en la atención a la personas mayores. España: Sociedad Española de Geriátría; 2000. Pág. 97-98
- ¹⁶ IDEM Bibliografía 11. Pág. 143.
- ¹⁷ IDEM Bibliografía 11. Pág. 143
- ¹⁸ IDEM Bibliografía 11. Pág. 143
- ¹⁹ IDEM Bibliografía 8. Pág.2250-2252
- ²⁰ IDEM Bibliografía 8. Pág. 2252
- ²¹ IDEM Bibliografía 5. Pág. 75-76.
- ²² Icaza M. Gloria, Albala C. Minimental State Examination: Análisis estadístico del estudio de demencia en Chile para validar una versión abreviada. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Pág. 56
- ²³ Kaplan Roberto, Jauregui José R., Rubin Romina K. Los Grandes Síndromes Geriátricos. Argentina: Edimed. Argentina; 2009. Pág.101-103.

²⁴ IDEM Bibliografía 24. Pág.103-105

²⁵ González Garrido Andrés, Ramos Loyo Julieta. La Atención y sus Alteraciones del Cerebro y la Conducta. Colombia: Manual Moderna; 2006. Pág. 166-167

²⁶ IDEM Bibliografía 24. Pág.109

²⁷ IDEM Bibliografía 24. Pág. 198

²⁸ Gómez Restrepo Carlos, Hernández Bayona Guillermo; Rojas Urrego Alejandro, Santacruz Oleas Hernán, Uribe Restrepo Miguel. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Colombia: Centro Javeriano; 2002. Pág.406

²⁹ Kazi Gregorio, Ajerez Margarita. Salud Mental Experiencias y Prácticas. Argentina: Espacio; 2008. Pág. 101-102

³⁰ IDEM Bibliografía 30. Pág. 101-102

³¹ Ghaemi S. Nassir. Psiquiatría: Conceptos. Chile: Mediterraneo; 2008. Pág. 315

³² Labos E., Slachevsky A. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica. Argentina: Librería Akadia; 2008. Pág. 6-15

³³ Valdivieso F. Sergio. Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2004. Pág. 201

³⁴ IDEM Bibliografía 33. Pág. 6-15

³⁵ IDEM Bibliografía 29. Pág.403-404.

- ³⁶ Gutiérrez Ayuso J.L. Salud Mental: Atención Primaria. Depresión Senil Aspecto Clínicos y Terapéuticos. Med Clin (Barc). 2002; 124(16): 606-12. Pág.2
- ³⁷ IDEM Bibliografía 5. Pág. 549.
- ³⁸ Narváez Calderon Guillermo. Depresión: Un libro para Enfermos Deprimidos y Médicos en General. México: Trillas; 2000. Pág. 143
- ³⁹ Oblitas Guadalupe Luis. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. 3ª ed. México: Engage Learning; 2009. Pág. 57-58
- ⁴⁰ Trigos Delgado Angela. Evitemos la Depresión en la tercera edad. Perú: maisondesante.org.pe; 2003 [acceso 04/01/2013]. Disponible en: http://www.maisondesante.org.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=238&esp=geriatria&itemid=131
- ⁴¹ Hales Robert; Yudofsky Stuart; Talbott John. DSM-IV Tratado de Psiquiatría. Tomo II. 3ª ed. España: Masson; 2000. Pág.1449
- ⁴² Rojtenberg Sergio. Depresión y Antidepresivos: De la Neurona y de la Mente, de la Molécula y de la Palabra. Argentina: Médica Panamericana; 2005. Pág.230-233
- ⁴³ Montenegro P. Eduardo, Melgar Cueller Felipe. Geriatria y Gerontología para el Médico Internista. Bolivia: La Hogera; 2012. Pág.457-465
- ⁴⁴ Gelder Michael, Mayou Richard, Geddes John. Oxford Psiquiatría. España: Marban; 2000. Pág.128-130
- ⁴⁵ IDEM Bibliografía 10. Pág.26

⁴⁶ Retamal C. Pedro. Depresión: Clínica y Terapéutica. Chilee: Mediterraneo; 2003. Pág. 175

⁴⁷ Flórez JA. La vulnerabilidad psicológica del anciano: Medicina Integral. España: Masson; 2002. Pág. 160-174.

⁴⁸ IDEM Bibliografía 44. Pág.445.

⁴⁹ IDEM Bibliografía 2. Pag. 45-49

⁵⁰ Sullivan, M. (1995): "Depression and disability from chronic medical illness". European Journal of Public Health, 5,pp. 40-45.

⁵¹ Velasco Rodríguez Raymundo, Mendoza Pérez Roberto Carlos, Torres Martínez Mario Manuel, Saucedo Rivera María Dolores. Estado Funcional, Mental y Social del Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado del Estado de Colima [Tesis Doctoral]. México: Proyecto Cambio Sociodemográfico y Envejecimiento Activo. Contribución Científica para Políticas Públicas Previsoras (CASOENAC), Universidad autónoma de Madrid; 2011.

⁵² IDEM Bibliografía 52.

⁵³ Yanguas Lezaun José Javier. Estudio de Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional [Tesis Doctoral]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2006.

⁵⁴ Lavanderos C Felipe, González Francisco, Massad M.Cristián. Estudio Nacional de la Dependencia de los Adultos Mayores [Tesis Doctoral]. España: Gráfica Puerto Madero; 2008.

⁵⁵ IDEM Bibliografía 52.

⁵⁶ IDEM Bibliografía 54.

⁵⁷ IDEM Bibliografía 43. Pág. 227.

⁵⁸ IDEM Bibliografía 54.

⁵⁹ IDEM Bibliografía 55.

⁶⁰ Bernardini Zambrini Diego A. Identificación de Personas Mayores con Alto Riesgo de Dependencia en Medio Comunitario [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Salamanca; 2009

⁶¹ Baztan Cortes JJ., González JI., Solano JJ., Hornillos M. Atención Sanitaria al Anciano Frágil: De la Teoría a la Evidencia Científica. Med Clin (Barc) 2000; 115:704-17.

⁶² IDEM Bibliografía 24. Pág. 108

⁶³ IDEM Bibliografía 11. Pág. 143

⁶⁴ IDEM Bibliografía 55.

⁶⁵ IDEM Bibliografía 29. Pág.409

⁶⁶ IDEM Bibliografía 24. Pág. 112-113

11.ANEXOS:

ANEXO 1.

pág. 68

1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
TRABAJO INVESTIGATIVO**

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

TEMA: Situación Afectiva y su Relación con la Capacidad Funcional y Cognitiva del Adulto Mayor Institucionalizado y No Institucionalizado de la Ciudad de Loja.

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

1. DATOS DE AFILIACIÓN:

- **Nombre:** _____
- **Género:** Masculino Femenino
- **Edad:** _____
- **Nivel de Instrucción:** _____
- **Estado Civil:** Casado/a Viudo/a Divorciado/a Soltero/a UL
- **Antecedentes Médicos:**

2. RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

a. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

- Normal
- Depresión Probable
- Depresión Severa

b. Mini-Examen Cognoscitivo de Folstein

- Normal
- Sospecha Patológica
- Deterioro
- Demencia
- Fase Terminal

c. Índice de Barthel

- Independiente
- Dependencia Leve
- Dependencia Moderada
- Dependencia Grave
- Dependencia Total

d. Índice de Lawton y Brody

- Autónomo
- Dependencia Ligera
- Dependencia Moderada
- Dependencia Severa
- Dependencia Total

e. Escala de Barber

- Riesgo de Dependencia
- Autónomo

ANEXO 2.

pág. 71

2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

TRABAJO INVESTIGATIVO

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

Tema: Situación Afectiva y su Relación con la Capacidad Funcional y Cognitiva del Adulto Mayor Institucionalizado y No Institucionalizado de la Ciudad de Loja.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con número de célula _____ autorizó a la investigadora Maritza Alexandra Campoverde Encalada, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, a la aplicación de la entrevista que consta de cinco (05) encuestas, con la finalidad de determinar la situación afectiva, capacidad funcional, capacidad cognitiva y riesgo de dependencia; de los pacientes que acuden a este centro social.

FIRMA:

ANEXO 3.

pág. 73

3. ESCALAS DE VALORACIÓN GERIATRICA: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA REDUCIDA DE YESSAVAGE

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

PACIENTE: _____

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA REDUCIDA DE YESSAVAGE

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o a muchos d sus intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se siente aburrido a menudo?		
5	¿Tiene buen ánimo a menudo?		
6	¿Tiene miedo de algo malo que le esté pasando?		
7	¿Se siente feliz muchas veces?		
8	¿Se siente abandonado a menudo?		
9	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?		
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12	¿Se siente bastante inútil?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Siente que su situación es desesperada?		
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
PUNTUACIÓN TOTAL			
Normal (0-5)			
Depresión Probable (6-9)			
Depresión Severa (10-15)			
NOTA: Se cuenta como un punto por cada respuesta depresiva			
OBSERVACIONES:			

ANEXO 4.

pág. 75

4. ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA: CAPACIDAD COGNOSCITIVA DE FOLSTEIN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA

FECHA: _____

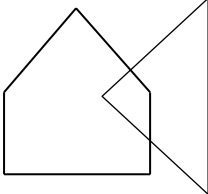
INSTITUCIÓN:-

PACIENTE: _____

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE FOLSTEIN

ASPECTOS A EVALUAR		OBTENIDO	IDEAL
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO (5 puntos)	¿Qué fecha es hoy? ±1 día es correcto		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En qué mes estamos?		1
	¿En qué estación del año estamos?		1
	¿En qué año estamos?		1
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO (5 puntos)	¿Dónde estamos?		1
	¿En qué piso estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué provincia estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1
FIJACIÓN (3 puntos)	1. Decir tres palabras: Papel, bicicleta, cuchara (un segundo para pronunciar cada una)		1
	2. Pedir que las repita juntas (un punto por cada respuesta correcta)		1
	3. Repetirlas hasta que las aprenda bien. (Anotar los intentos que hace hasta conseguirlos, no puntua)		1
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO (5 puntos)	1 opción. Deletrear mundo al revés. 2 opción. Si tiene 30 monedas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (Un punto por cada respuesta		5

	válida y parar luego de 5)		
MEMORIA (3 puntos)	¿Recuerda las tres palabras que le he hecho repetir anteriormente? (papel, bicicleta y cuchara) (Dar un punto por acierto)		3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (9 puntos)	Mostrar un lápiz ¿Qué es esto?		1
	Mostrar un Reloj ¿Qué es esto?		1
	Repetir esta frase: “En un trigal habían cinco perros”. (Un punto si repite la frase entera)		1
	Dar un papel al paciente y decir: Coja esta papel con la mano derecha (Un punto si lo hace); dóblelo por la mitad (1 punto) y póngalo en el suelo (1 punto)		3
	Muéstrele la hoja que dice: “Cierro los ojos” y dígame: “Haga lo que aquí le indica, sin leerlo en voz alta”.		1
	Dar al paciente una hoja en blanco y pedir que escriba una frase (1 punto)		1
	Dar al paciente una hoja que dice “Copie esta figura”, y pídale que copie el dibujo. (1 punto)		1
			
TOTAL			30
INTERPRETACIÓN	>27: Normal		
	26 a 23: Sospecha Patológica		
	24 a 12: Deterioro		
	12 a 9: Demencia		
	<8: Fase Terminal		

ANEXO 5.

pág. 78

5. ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ÍNDICE DE BARTHEL

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

PACIENTE: _____

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

**ÍNDICE DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA
DIARIA**

ASPECTO A EVALUAR	PUNTAJE IDEAL	HALLAZGOS
ALIMENTACIÓN		
Independiente: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.	10	
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla u otras.	5	
Dependiente	0	
BAÑO		
Independiente: Se lava completo en ducha o bañera. Entra y sale del baño sin una persona presente.	5	
Dependiente	0	
VESTIDO		
Independiente: Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone corsé si lo necesita.	10	
Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.	5	
Dependiente	0	
ASEO PERSONAL		
Independiente: Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita Solo	10	
Dependiente	0	
DEPOSICIÓN		
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios es autosuficiente.	10	
Incontinencia Ocasional. Episodios ocasionales o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5	
Incontinente	0	
MICCIÓN		
Continente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende su cuidado solo.	10	

Incontinencia Ocasional. Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de la sonda o del colector.	5	
Incontinente	0	
USO DE RETRETE		
Independiente. Usa el retrete o la vasenilla. Se sienta y se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.	10	
Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.	5	
Dependiente	0	
TRASLADO SILLÓN-CAMA		
Independiente. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.	10	
Necesita ayuda o supervisión.	5	
Dependiente	0	
DEAMBULACIÓN		
Independiente: Camina al menos 50 metros solo o con ayudas (bastón, andador)	15	
Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.	10	
Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.	5	
Dependiente	0	
ESCALERAS		
Independiente: Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o instrumentos de apoyo.	10	
Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5	
Dependiente	0	
TOTAL	100	
INTERPRETACIÓN:	Independiente: 100	
	Dependencia leve: 60-90	
	Dependencia Moderada: 40-55	
	Dependencia Grave: 20-35	
	Dependencia Total: <20	

ANEXO 6.

pág. 81

6. ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA INDICE DE LAWTON Y BRODY

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

PACIENTE: _____

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ASPECTO A EVALUAR	PUNTAJE IDEAL	HALLADO
CAPACIDAD DE USAR EL TELEFONO		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	
Es capaz de marcar bien alguno números familiares	1	
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1	
No utilizar el teléfono	0	
HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias en forma independiente	1	
Realiza en forma independiente pequeñas compras	0	
Necesitar ir acompañado para realizar cualquier compra	0	
Totalmente incapaz de comprar	0	
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0	
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para los trabajos pesados	1	
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer la cama	1	
Realiza tareas ligeras, pero pueden mantener un adecuado grado de limpieza	1	

Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1	
No participa en ninguna tarea del hogar		0	
LAVADO DE LA ROPA			
Lava por sí sola toda la ropa		1	
Lava por sí solo pequeñas prendas		1	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		0	
USO DE LOS MEDIOS DE TRANSPORTE			
Viaja solo en transporte público y conduce su propio coche		1	
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte		1	
Viaja en transporte público, cuando lo acompaña otra persona		1	
Utiliza taxi o automóvil, cuando lo acompaña otra persona		0	
No viaja en absoluto		0	
RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN			
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis exacta		1	
Toma su medicación, si la dosis es preparada por otra persona		0	
No es capaz de administrar su medicación		0	
ADMINISTRACIÓN DE SU ECONOMÍA			
Se encarga de sus asuntos por sí solo		1	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.		1	
Incapaz de manejar el dinero		0	
TOTAL		8	
INTERPRETACIÓN	Dependencia Total (0-1)		
	Dependencia Severa (2-3)		
	Dependencia Moderada (4-5)		
	Dependencia Ligera (6-7)		
	Autónomo (8)		

ANEXO 7.

pág. 84

**7. ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA: RIESGO DE DEPENDENCIA
ESCALA DE BARBER**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

PACIENTE: _____

Investigadora: Maritza Alexandra Campoverde Encalada

ESCALA DE BARBER: RIESGO DE DEPENDENCIA

ASPECTOS A EVALUAR		SI	NO
1	¿Vive solo/a?		
2	¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?		
3	¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?		
4	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?		
5	¿Le impide su salud salir a la calle?		
6	¿Tiene problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?		
7	¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores?		
8	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?		
9	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?		
TOTAL			

NOTA: Una sola respuesta afirmativa indica alto riesgo.

ANEXO 8.

pág. 86

8. FOTOGRAFÍAS:















12. ÍNDICE

Contenido

I. CARÁTULA.....	I
II. CERTIFICACIÓN.....	II
III. AUTORÍA.....	III
IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
V. DEDICATORIA.....	V
VI. AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TÍTULO:.....	1
2. RESUMEN:	2
SUMMARY:	3
3. INTRODUCCIÓN:.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA:	9
ENVEJECIMIENTO	9
IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN	9
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI).....	10
Objetivos de la VGI:.....	12
Componentes de la Valoración Geriátrica Integral:	12
1. VALORACIÓN CLÍNICA:	13
2. VALORACIÓN FUNCIONAL:.....	13
1. Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD):.....	15
2.Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):.	16
3.Actividades Avanzadas de la Vida diaria (AAVD):.....	16
3. VALORACIÓN MENTAL:	17
4. ALTERACIONES COGNITIVAS:	19
• DETERIORO COGNITIVO	19
• LAS DEMENCIAS.....	21

5. TRASTORNOS AFECTIVOS:	25
• DEPRESIÓN EN EL ANCIANO	26
6. VALORACIÓN SOCIAL:	34
5. MATERIALES Y MÉTODOS:	36
6. RESULTADOS:	38
Género De La Población Institucionalizada Y No Institucionalizada.....	38
Grupos De Edad Pacientes Institucionalizados Y No Institucionalizados..	39
Estado Civil De La Población Institucionalizada Y No Institucionalizada...	40
Funciones Básicas De La Vida Diaria Y Estado Afectivo De Los Pacientes Institucionalizados Y No Institucionalizados	41
Funciones Instrumentales De La Vida Diaria Y Estado Afectivo De Los Pacientes Institucionalizados Y No Institucionalizados	42
Estado Afectivo, Cognitivo Y Funcional Del Adulto Mayor Institucionalizados Y No Institucionalizado En Relación Al Género Femenino.....	43
Estado Afectivo, Cognitivo Y Funcional Del Adulto Mayor Institucionalizados Y No Institucionalizado En Relación Al Género Masculino	45
Estado Afectivo Y Capacidad Cognitivo Del Adulto Mayor Institucionalizados Y No Institucionalizado En Relación A La Edad	46
Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Institucionalizados Y No Institucionalizados En Relación A La Edad	47
Riesgo De Dependencia Del Adulto Mayor No Institucionalizado	48
Actividades Básicas De La Vida Diaria Y Capacidad Cognitiva Del Adulto Mayor Institucionalizado Y No Institucionalizado	49
Actividades Instrumentales Y Capacidad Cognitiva Del Adulto Mayor Institucionalizado Y No Institucionalizado.....	50
Patologías Crónicas De Los Adultos Mayores Institucionalizados Y No Institucionalizados	51
Capacidad Cognitiva Y Estado Afectivo Del Adulto Mayor Institucionalizado Y No Institucionalizado	52

7. DISCUSIÓN:	53
8. CONCLUSIONES:	59
9. RECOMENDACIONES:	61
10. BIBLIOGRAFÍA:	62
11. ANEXOS:	68
1. Hoja De Recolección De Datos:.....	69
2. Carta De Consentimiento Informado.....	72
3. Escala De Depresión Geriatrica Reducida De Yessavage.....	74
4. Capacidad Cognoscitiva De Folstein	76
5. Actividades Básicas De La Vida Diaria Indice De Barthel.....	79
6. Actividades Instrumentales De La Vida Diaria Indice De Lawton Y Brody	82
7. Riesgo De Dependencia Escala De Barber	85
8. FOTOGRAFÍAS:.....	87
12. ÍNDICE	94
