



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR AL EGRESO HOSPITALARIO**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
NASARIA GONZÁLEZ REYES

DIRECTORA:

DRA. MARTHA GRACIELA SEGOVIA DÍAZ DE LEÓN

OCTUBRE 2009



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Capacidad Funcional y Calidad de Vida del Adulto Mayor
al Egreso Hospitalario

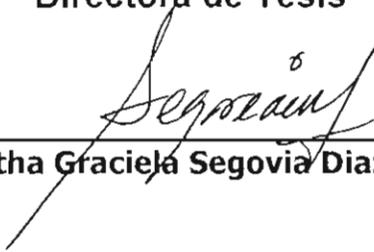
TESIS

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
NASARIA GONZÁLEZ REYES

Directora de Tesis


Dra. Martha Graciela Segovia Díaz de León

OCTUBRE 2009

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

“Capacidad Funcional y Calidad de Vida del Adulto Mayor al Egreso Hospitalario”

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
NASARIA GONZÁLEZ REYES**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



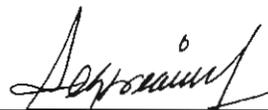
Dr. Hector Gerardo Hernández Rodríguez

SECRETARIO



M.A.E. Sofia Cheverría Rivera

VOCAL



Dra. Martha Graciela Segovia Díaz de León

13 DE OCTUBRE DE 2009

Agradecimientos

A las autoridades del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) por las facilidades otorgadas para llevar este proyecto.

A los adultos mayores que participaron amablemente para lograr mis objetivos, sin ellos no hubiera sido posible el presente estudio y de los cuales me llevo un gran aprendizaje.

Al doctor Héctor Gerardo Hernández Rodríguez, por su asesoría en la estadística utilizada en este trabajo.

Especialmente a la doctora Martha Graciela Segovia Díaz de León, por ser mi guía en todo el proceso de investigación y dirigir la presente tesis

Muchas gracias....

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
Introducción	5
CAPÍTULO II	
Justificación	8
CAPITULO III	
Marco teórico y/o	
conceptual	12
CAPÍTULO IV	
Objetivos	28
CAPÍTULO V	
Material y métodos	29
CAPITULO VI	
Resultados	37
CAPITULO VII	
Discusión	50
CAPITULO VIII	
Conclusiones	54
CAPÍTULO IX	
Limitantes	56
CAPITULO X	
Recomendaciones	57
CAPÍTULO XI	
Referencias bibliográficas	59
CAPÍTULO XII	
Anexos	65
Permiso del autor	75

INDICE DE GRÁFICAS Y CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	Variables sociodemográficas de los adultos mayores hospitalizados.	38
Cuadro 2	Variables del estado de salud de adultos mayores hospitalizados.	40
Gráfica 1	Principal motivo de ingreso hospitalario de los adultos mayores.	42
Gráfica 2	Tipos de tratamiento que requirieron los adultos mayores durante la hospitalización.	43
Gráfica 3	Porcentaje de dependencia en las ABVD en adultos mayores, dos semanas previas el ingreso y al egreso hospitalario.	44
Gráfica 4	Niveles de capacidad funcional física de adultos mayores, previo y al egreso hospitalario.	44
Cuadro 3	Dependencia e independencia del AM en las ABVD, previo y al ingreso hospitalario según género.	45
Tabla 1	Asociación entre capacidad funcional física y variables del estado de salud del AM al egreso hospitalario.	46
Cuadro 4	Calificación media de calidad de vida global y por cada dominio, según percepción del adulto mayor al egreso hospitalario.	47
Gráfica 5	Correlación entre capacidad funcional física y dominio físico de calidad de vida, en adultos mayores al egreso hospitalario.	48
Gráfica 6	Niveles de calidad de vida percibida por adultos mayores al egreso hospitalario.	49

Resumen

Objetivo: Analizar la capacidad funcional física y calidad de vida (cv) del adulto mayor al egreso hospitalario. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, con muestreo por conveniencia, en 107 adultos mayores al egreso de un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí, México. Se aplicó el índice de Barthel, retrospectivamente para evaluar la capacidad funcional basal dos semanas previas al ingreso hospitalario, y al egreso; la escala WHOQOL-BREF de CV y un cuestionario para recoger datos generales y de salud; se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** La edad media fue de 72 ± 7.4 años; 63.9%, eran mujeres y 43%, requirieron tratamiento médico. La capacidad funcional física al ingreso fue más alta que al egreso con significancia estadística ($p=0.001$). Hubo asociación entre género y capacidad funcional sólo en evaluación al ingreso. El ingresar con enfermedad invalidante, requerir tratamiento quirúrgico o cirugía ortopédica fueron asociadas a mayor dependencia ($p<0.005$). En calidad de vida se obtuvo una media global de 3.17 (escala de 1 a 5); el dominio más afectado fue el físico con una media de 49.63 (escala de 0-100); en niveles de CV, predominó excelente y buena, 24%, seguida por deficiente, 21%. El dominio físico de CV fue el único que tuvo correlación con la capacidad funcional física ($r=0.392$). **Conclusión:** Existe una disminución de la capacidad funcional física posterior a la hospitalización, sin embargo los adultos mayores perciben en general buena calidad de vida.

Palabras clave: Capacidad funcional, Calidad de vida, Actividades básicas de la vida diaria, Adulto mayor, Whoqol-Bref.

Abstract

Objective: To analyze the physical functional capacity and quality of life (QOL) of older adults to hospital discharge. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study, with a convenience sample in 107 elderly at discharge of a second level hospital in San Luis Potosi, Mexico. We applied the Barthel index, retrospectively to assess functional capacity two weeks prior to hospitalization, and at discharge; the WHOQOL-BREF scale and a questionnaire to collect general and health data were applied. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** The mean age was 72 ± 7.4 years, 63.9%, were women and 43%, needed medical treatment. The physical functional capacity on admission, was higher than at discharge, with statistical significance ($p = 0.001$). There was an association between gender and functional capacity, in the assessment before admission only. Patients at admission, with a crippling disease or requiring surgery or orthopedic surgery, were associated with increased dependence ($p < 0.005$). There was obtained an overall average of 3.17 (scale of 1 to 5) in quality of life ; the physical domain with an average of 49.63 (0-100 scale) was the more affected . As regards QOL levels, good and excellent prevailed, 24%, followed by poor, 21%. The physical domain of QOL was the only one that had correlation with physical functional capacity ($r = 0.392$). **Conclusion:** There is a decline in physical functional ability after hospitalization, however older adults generally perceived good quality of life. **Keywords:** Functional capacity, Quality of Life, Basic Activities of Daily Living, Older Adults, Whoqol-Bref.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los seres humanos, a lo largo de la historia, han abrigado el deseo de vivir saludablemente más tiempo. Hoy vemos que la ciencia ha logrado un gran avance al respecto, las expectativas de vida han aumentado notoriamente y sabemos más acerca del cuidado y conservación de la salud. A éste respecto se menciona a la gerontología clínica o geriatría como la ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico, la curación y la prevención de las enfermedades en la vejez, pero también integra la recuperación o adaptación funcional del adulto mayor por medio de terapias de rehabilitación y ocupacionales¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que en los adultos mayores, la salud debe medirse en términos de función y más concretamente en términos de pérdida de función². La función es el resultado del ajuste entre los componentes físicos, psíquicos y sociales; es la capacidad de la persona para adaptarse al entorno que le rodea de forma satisfactoria y responder a las demandas. Y dirigido al adulto mayor se puede afirmar que la capacidad funcional es el conjunto de actividades que éste realiza para responder a las demandas del entorno en el que se desenvuelve, por lo que el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) define el nivel de la capacidad funcional del adulto mayor, las cuales se clasifican en actividades básicas de la vida (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las ABVD son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del cuerpo o al autocuidado, también llamadas actividades personales de la vida diaria; las AIVD son aquellas orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales por naturaleza (pueden ser delegadas en otros)³ Peláez define la funcionalidad mediante la capacidad que tienen los individuos para realizar las ABVD y las AIVD⁴.

En éste estudio se retoman solamente las ABVD por la importancia de que el AM sea capaz de realizar estas actividades mínimas para su autocuidado

posterior a la hospitalización, y la evaluación de las ABVD a través del índice de Barthel (IB), es una forma de evaluar la independencia en AMs.

La funcionalidad se traduce como el mantenimiento de la autonomía e independencia; la primera, es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día, de acuerdo con las normas, y preferencias propias; la segunda se entiende como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir en la comunidad y recibir poca ayuda, o ninguna, de los demás⁵.

Cuando el adulto mayor pierde su autonomía e independencia se afecta su calidad de vida; es por eso que las intervenciones encaminadas a prevenir, detectar, controlar y rehabilitar la funcionalidad del adulto mayor, tienen como objetivo final mantener, conservar o mejorar la calidad de vida. En este sentido la calidad de vida en el adulto mayor debe de ser el objetivo principal en la atención hospitalaria, en donde más que curar la enfermedad aguda y prolongar la vida, se debe de orientar a que esa vida sea de calidad y que el paciente se mantenga en buen estado biológico, psicológico y social, ó lo que es lo mismo funcional.

La OMS define la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto amplio que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno⁶.

El constructo calidad de vida incluye varios dominios, el físico, psicológico, social y ambiental, sin embargo sobresale el físico o de salud por ser el más básico de ellos. No obstante la calidad de vida en el adulto mayor se debe de evaluar de forma global no sólo tomando el aspecto de salud, si no el funcional, puesto que si este falla, le alteran los ámbitos social, emocional y en general su entorno.

El presente informe de la evaluación funcional física del adulto mayor y percepción sobre calidad de vida en un contexto hospitalario, está conformado por doce capítulos, inicia con la introducción en donde se ofrece un panorama del trabajo global; en el capítulo dos se presenta la justificación del estudio y las razones para llevarlo a cabo; en el tres se condensa la literatura que da sustento a todo el contenido denominado marco teórico.

En el capítulo cuatro se presentan los objetivos del estudio; en el cinco se encuentra la metodología en el que se explica el procedimiento que se siguió para llevar a cabo la etapa activa del proceso de investigación desde la selección de los sujetos de estudio, el tiempo, el lugar, los instrumentos utilizados, la contextualización del instrumento de calidad de vida, la prueba piloto, la recolección definitiva de datos, consideraciones éticas y legales, el procesamiento y el análisis de la información.

Los resultados de la investigación se muestran en el capítulo seis y se ordenaron de acuerdo a los objetivos específicos, con el apoyo de cuadros y gráficas; en el capítulo de discusión se presenta el análisis de los resultados en contraste con estudios previamente realizados; las conclusiones se presentan en el capítulo ocho, en donde se describen sólo aquellos hallazgos relevantes del estudio; en la última parte se describen principales limitantes, recomendaciones respectivas, seguidas de referencias bibliográficas; y en anexos se muestran los instrumentos y el consentimiento informado que se utilizaron.

El propósito de éste trabajo es tener un mayor conocimiento sobre la situación funcional en que egresan los adultos mayores así como la percepción que tienen sobre calidad de vida en éstas circunstancias de convalecencia de una enfermedad aguda que requirió hospitalización; aportando éste conocimiento que puede fundamentar intervenciones de mejora continua en la atención de enfermería y en general de todo el equipo de salud.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento demográfico es un fenómeno actual, universal e inevitable, lo que constituye un desafío para los representantes políticos de cada país, pero en mayor medida para los de países periféricos (antes denominados países en vías de desarrollo) puesto que involucra aspectos no sólo en el ámbito sanitario, sino en el social, político y económico; debido a la disminución de la capacidad funcional conforme aumenta la edad y las consecuencias que conlleva. Así, se deben coordinar todas las instancias que entre sus competencias contemplen la atención del adulto mayor, y con un enfoque de prevención lograr en la medida de lo posible mantener la capacidad física y con ello una mejor calidad de vida.

A las personas de 60 y más años, se les denomina adultos mayores según el consenso adoptado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevado a cabo en Viena Austria en 1982⁷; la importancia de volver la mirada a éste grupo de edad es por la magnitud de su rápido crecimiento y sus consecuencias principalmente en el área de la salud.

El incremento de la población de adultos mayores, junto a la transición epidemiológica, en la que prevalecen las enfermedades crónico-degenerativas, producen un cambio del perfil de la demanda de servicios de salud, y por lo consiguiente requiere un cambio en el modelo de atención. En la actualidad los adultos mayores, no deben ser atendidos con el modelo médico tradicional - modelo biomédico- debido, a que en el adulto mayor, con frecuencia existen otros factores que determinan el cuadro agudo como son, la comorbilidad, el compromiso de la función, el mayor estrés psicosocial y los cambios fisiológicos del envejecimiento⁸.

Según proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados de este siglo América Latina y el Caribe tendrán 112 habitantes de 60 años de edad o mayores, por cada 100 de 15 años o menores, y en América del Norte, esta razón será de

148 a 100⁹. En México, conforme a los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) el índice de envejecimiento que en el 2006 fue de 26.6 adultos mayores por cada 100 jóvenes (menores de 15 años); para el año 2035 será de 103.3 adultos mayores por cada 100 jóvenes y en el año 2050 existirán 165 adultos mayores por cada 100 jóvenes¹⁰. En el estado de San Luis Potosí de acuerdo con los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005, los adultos mayores representaban el 9.2% de la población total¹¹.

Como consecuencia del envejecimiento demográfico, la demanda de admisión hospitalaria de adultos mayores en México, alcanza hasta un 30 a 35% y la mortalidad llega a ser hasta de dos a tres veces mayor que en los menores de 60 años; ambos factores aumentan los gastos en salud, por el alto porcentaje de camas que utilizan y a la estancia media superior al resto de los pacientes; adicionalmente, se presenta el fenómeno del 20% de reingresos hospitalarios de adultos mayores en los seis meses posteriores a la primera hospitalización. En México en el 2006, de cada tres camas en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una era ocupada por personas mayores de 60 años¹².

El aspecto del envejecimiento que tiene mayor impacto social y económico es, el del estado de salud, debido a que con la transición demográfica, también se observa una transición epidemiológica, en donde existe un desplazamiento de las causas en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles hacia las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, que afectan principalmente a los adultos mayores. Es por eso que los tópicos centrales en la atención de personas mayores deben ser la morbilidad y consecuencias no letales, más que la mortalidad.

Debido a que el periodo inmediato posterior al alta hospitalaria es considerado por la OMS ,desde 1974, como un factor de riesgo para el adulto mayor, entendiéndose este como la probabilidad que tienen los ancianos de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales¹³ ,es importante que la enfermera valore las capacidades físicas de autocuidado que le darán al adulto

mayor independencia y autonomía en su hogar; por lo que no debe pasarse por alto evaluar la capacidad para realizar las ABVD las cuales son esenciales para satisfacer las necesidades básicas como son alimentación, movilización, higiene entre otras.

La finalidad de la intervención de la enfermera en el cuidado de adultos mayores en un hospital, es mantener la capacidad funcional del paciente, evitar las complicaciones derivadas de la hospitalización y garantizar la continuidad asistencial al alta hospitalaria; es decir restablecer la capacidad global del paciente¹⁴. Diversos estudios revelan un deterioro de la capacidad funcional asociado a la hospitalización, en donde se evidencia la disminución al momento del alta en relación a dos semanas previas al ingreso hospitalario^{15,16} este deterioro es multifactorial. Así tenemos que el paciente independiente se convierte en dependiente a pesar de haberse resuelto el motivo de su ingreso al hospital, pero el resultado global es un individuo más vulnerable¹⁷.

El cambio en el estado funcional de los adultos mayores es común, tiene muchas causas y puede resultar de una variedad de enfermedades. El deterioro funcional puede señalar una enfermedad no detectada, una exacerbación o agravamiento de la enfermedad; en muchos de los casos una pérdida de función es tratable y reversible con una intervención a tiempo del equipo de salud. Esto depende de la evaluación continua y cuidadosa de la capacidad funcional del adulto mayor durante todo el proceso hospitalario¹⁸.

El deterioro funcional se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia, lo que puede limitar la calidad de vida de los adultos mayores. Una forma de detectarla es a través de examinar la habilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que afectan el autocuidado, entre las que se encuentran, trasladarse de la cama a la silla, caminar, comer, bañarse, vestirse, aseo y arreglo personal, continencia urinaria, continencia fecal y uso del escusado.

Por otro lado a medida que las personas envejecen su calidad de vida se ve determinada en gran parte por su capacidad para mantener su autonomía e

independencia, situaciones que se pueden afectar después de una hospitalización, y ya que son parte inherente a la calidad de vida, es importante evaluar esta última. Asimismo, el constructo calidad de vida, en la actualidad, es visto como una medida de resultado o una meta de los programas, las intervenciones y en los servicios de salud en general¹⁹. Un estudio demostró asociación entre calidad de vida y niveles de dependencia física y a funcionalidad física²⁰.

Actualmente los servicios de salud por lo general, basan la planificación de los mismos, con indicadores objetivos y desde la perspectiva del proveedor de servicios, sin embargo la información procedente del usuario se ha concretizado en mínima parte de su satisfacción y en México se carece en gran medida de identificar la calidad de vida del adulto mayor que permita conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluya sus valores, creencias y percepciones, por lo que es justificable tener el acercamiento con el actor principal para que exprese cómo percibe la calidad de vida en esta situación de crisis y pueda ser una fuente para la planificación de los servicios hospitalarios, que propicie la satisfacción de las necesidades sentidas de los adultos mayores.

La valoración inicial del adulto mayor se debe de realizar desde que el paciente ingresa al hospital, para que a partir de ése momento la enfermera realice la planeación de cuidados con base en las necesidades reales del adulto mayor; se debe reevaluar durante el proceso de hospitalización y por último evaluarlo al egreso para detectar las necesidades al alta y ver los recursos disponibles (familiares, cuidadores) para que el cuidado apropiado continúe en el domicilio.

Es necesario la utilización de instrumentos de evaluación específicos para los adultos mayores; ya que la forma de valoración convencional (por aparatos o sistemas o según las necesidades básicas) se enfoca a solucionar el problema agudo que presenta en ése momento; pero no detecta la independencia o autonomía, aspecto de mayor importancia en esta etapa de la vida.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL

3.1.-Enfoques para el estudio del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso diferencial, por lo cual la forma más simple de ver la vejez es el punto cronológico, la edad contada desde el nacimiento, debido a que existe una gran correlación entre la edad cronológica y el proceso de envejecimiento. La mayor parte de los cambios que se pueden observar se presentan en la mayoría de los individuos de la misma especie; de esto deriva que en la Asamblea Mundial del Envejecimiento organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982, en forma convencional adoptó el término de viejo como "toda persona mayor de 60 años de edad y más"⁷.

Otra forma de ver al envejecimiento es desde el punto de vista biológico, que correspondería al proceso biológico del desarrollo del ser humano, el cual se produce a varios niveles: molecular, tisular, orgánico y sistémico, proceso que se divide en estructural y funcional²¹.

Mediante el estudio del envejecimiento biológico se trata de medir las modificaciones que sobre los seres vivos conlleva el paso del tiempo (Biogerontología), así como explicar las causas que condicionan el hecho de envejecer. No todos los órganos y sistemas envejecen de la misma forma, varía además su velocidad de envejecimiento; así la piel es el órgano que más precozmente manifiesta signos de envejecimiento y el cerebro el que más tarde lo hace.

La Citogerontología trata de estudiar los fenómenos que influyen sobre el envejecimiento celular, por considerarse a la célula, como componente fundamental que es del organismo, el origen de los fenómenos del envejecimiento, observándose que con el paso del tiempo, el número de células decrece, al igual que su capacidad metabólica y funcional.

El proceso de envejecimiento, normalmente progresivo y decreciente, se inicia en el momento en que el individuo ha alcanzado la máxima capacidad dentro

del medio, incluida la capacidad reproductiva. Viéndose afectado de diferentes maneras según los factores que actúan sobre él, tanto endógenos, cuyo efecto no podemos variar (edad, sexo, raza, factores genéticos, etc.), como exógenos o ambientales sobre los que sí podemos influir a través de medidas preventivas que traten de evitar los factores nocivos que acortarán la esperanza de vida de la población anciana, además de empeorar la calidad de vida en esta etapa.

No existe una frontera para establecer el límite entre lo fisiológico y lo patológico: cuándo se es joven y cuándo se empieza a ser anciano; incluso dentro de los mismos grupos étnicos, distintos individuos tienen un modo diferente de envejecer.

Se puede decir que el envejecimiento fisiológico es aquel que se produce por el propio paso del tiempo y según lo esperado para cada individuo con respecto a su edad, mientras que el envejecimiento patológico se daría cuando se suma algún factor que desestabiliza ese envejecimiento progresivo, acelerándolo y desadaptando al individuo de un entorno en el que, en condiciones normales, sería fácilmente adaptado²².

El proceso del envejecimiento puede verse también desde el punto de vista psicológico, debido a que existen diferencias entre los jóvenes y los viejos. En la esfera cognoscitiva, la capacidad de aprender, pensar y la capacidad psicoafectiva se ven alteradas con efectos de la personalidad, así como en el afecto. La capacidad de adaptarse a las modificaciones que se presenten, como son las pérdidas y las modificaciones del medio, a lo largo de la existencia forzosamente se alteran con la edad; lo que hace que el pensamiento individual sea diferente en las distintas etapas de la vida.

Desde el enfoque social, el anciano debe cambiar su papel considerado normal en la evolución del ser humano con sus diferentes pasos, como niño, adolescente, joven, adulto productivo, y en el otro lado como hijo, padre y abuelo; y vemos que en los últimos años el ser humano ha pasado a una cuarta fase, la de bisabuelo, que con anterioridad no se presentaba por las bajas esperanzas de vida, mismas que ahora se han incrementado y las cuatro generaciones conviven

en un mismo tiempo, ello se suma a los problemas de dependencia que pueden estar presentes y que modifican la visión del abuelo conocedor, sabio, responsable, por la del viejo que requiere ayuda y apoyo para efectuar sus actividades de la vida diaria ²³.

3.2.- Teorías del envejecimiento

Son varias las teorías que a lo largo del siglo pasado han intentado explicar las causas del envejecimiento. Consideradas en conjunto cabe decir que, como suele ocurrir en éstos casos, todas ellas son ciertas en parte.

El envejecimiento es suficientemente complejo como para que alguna parte de cada una de esas teorías tenga cabida en una concepción global del proceso que intentan explicar desde diferentes puntos de vista. Es también más que probable que algunas de esas teorías basen sus hipótesis en fenómenos que, más que causas, son mecanismos del envejecimiento²³.

Las teorías del envejecimiento se clasifican en psicológicas, sociales y biológicas; se dice que las primeras teorías sobre el envejecimiento tienen su origen en las disciplinas psicosociales, estas teorías tratan de explicar el envejecimiento en términos de cambios en la conducta, la personalidad y la actitud. El desarrollo personal se considera un proceso que dura toda la vida, caracterizado por transiciones.

Las teorías psicosociales abordan la personalidad o el desarrollo del yo, y los desafíos que conlleva en las distintas fases de la vida. Los temas principales son la manera en que los procesos mentales, las emociones, las actitudes, la motivación y la personalidad influyen en la adaptación a las demandas físicas y sociales. Los teóricos sociólogos estudian la manera en que el cambio de rol, de relaciones y de condición social dentro de una cultura o sociedad afectan a la capacidad de adaptación de la persona de edad avanzada. Las normas sociales pueden influir en la forma en que las personas imaginan su rol y función en dicha

sociedad y, en consecuencia, afectan a las elecciones de los roles y a su representación.

En este estudio se va a dar mayor énfasis a las teorías biológicas para poder comprender los procesos fisiológicos que conlleva la vejez. Existen varias teorías que tratan de explicar el envejecimiento a nivel molecular, celular, orgánico y sistémico; pero no se ha elaborado una sola teoría. Tanto los factores genéticos como ambientales influyen en el fenómeno multifactorial del envejecimiento²⁴. A continuación se presenta un breve resumen de las teorías biológicas sobre el envejecimiento. Las cuales son divididas por muchos teóricos en dos categorías:

1.- Teorías estocásticas: se basan en sucesos que causan lesión celular, que se acumula en el organismo a medida que envejece.

- Teoría de los radicales libres de oxígeno: Los radicales libres lesionan las membranas, los ácidos nucleicos y las proteínas, causando daños celulares y envejecimiento.

- Teoría de Orgel o de los errores: Durante el envejecimiento se producen errores en la síntesis de DNA y RNA.

- Teoría del desgaste y la rotura: Las células se desgastan y no pueden funcionar al envejecer.

- Teoría del tejido conjuntivo o de los enlaces cruzados: Con el envejecimiento, las proteínas impiden los procesos metabólicos, causando problemas para llevar nutrientes a las células y retirar los productos de desecho.

2.- Teorías no estocásticas

- Teoría de la muerte programada: Se basa en sucesos programados genéticamente, que provocan lesión celular que acelera el envejecimiento

- Teoría del reloj biológico: Las células se dividen hasta que ya no pueden hacerlo más, desencadenando la apoptosis o muerte celular.

- Teoría neuroendocrina: Los problemas en el sistema de retroalimentación de hipotálamo-hipófisis-suprarrenal provocan enfermedades; el aumento del factor de crecimiento similar a la insulina acelera el envejecimiento.

- Teoría inmunológica o autoinmunitaria: el envejecimiento se debe a un defecto en la función inmunitaria, que está vinculado al bienestar general.

3.3.-Envejecimiento y fragilidad

Un síndrome clínico relacionado con el envejecimiento es la fragilidad, caracterizado por homeostasis inestable y la consiguiente baja de reservas fisiológicas multisistémicas que incrementa el riesgo de disminución o pérdida de la funcionalidad, puede tener dos caminos etiológicos potenciales; y puede ser fragilidad primaria cuando se da por el proceso normal del envejecimiento y la secundaria como consecuencia de una enfermedad.

Pero considerando a la fragilidad dentro de un modelo holístico y multidimensional, se puede decir que lo mencionado pertenece al plano biológico de su etiología y que también puede originar este síndrome algunas otras causas pertenecientes a la dimensión psico-afectiva, mental cognitiva, sociocultural y sociodemográfica²⁵.

El término fragilidad se traduce literalmente como vulnerabilidad; se conoce que es una condición generalizada por la cual en el adulto mayor tienden a incrementarse los riesgos traducidos como problemas de dependencia, caídas, institucionalización y susceptibilidad a las enfermedades con recuperación deficiente.

Autores expertos en caídas proponen los siguientes marcadores de riesgo y definen la fragilidad como la presencia de cuatro o más: más de 80 años de edad, trastornos de la marcha y el balance, depresión, uso de sedantes, reducción de la fuerza de los hombros y/o las rodillas, disminución de la habilidad de los miembros inferiores, visión cercana deficiente y ejercicio poco frecuente.

Todas las causas mencionadas pueden conducir a caídas, lesiones como fractura de cadera, enfermedades agudas, hospitalizaciones, discapacidad, regresión psicomotriz, dependencia, institucionalización y en la gran mayoría de los casos, a la muerte.

Entre otros factores o procesos que tienden a “fragilizar” al anciano, a parte de la hospitalización, se encuentran: el aislamiento, soledad, depresión, polifarmacia, institucionalización, entre otros; situaciones que deben ser valoradas por los profesionales de la salud encargadas de la atención de personas de edad avanzada con el fin de aminorar o evitar sus riesgos y consecuencias²⁶.

3.4.- Funcionalidad y hospitalización en el adulto mayor

Según la OMS la mejor forma de medir la salud del anciano es en términos de función debido a que la capacidad funcional es determinante para el estado de salud y, ésta se realiza mediante la evaluación funcional, puesto que provee datos objetivos sobre morbilidad, necesidades asistenciales y factores de riesgo para una variedad de eventos negativos relacionados con la fragilidad de las personas, como las caídas e institucionalización.

Peláez⁴ define a la funcionalidad mediante la capacidad que tienen los individuos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

La función es el resultado del ajuste entre los componentes físicos, psíquicos y sociales; es la capacidad de la persona para adaptarse al entorno que le rodea de forma satisfactoria y responder a las demandas. Y dirigido al adulto mayor se puede afirmar que la capacidad funcional es el conjunto de actividades que éste realiza para responder a las demandas del entorno en el que se desenvuelve. Por lo que el desempeño de las AVD define el nivel de la capacidad funcional del adulto mayor³.

Reyes Guerrero²⁷ para la evaluación funcional incluye tres dominios: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y movilidad. La valoración funcional es la evaluación de las funciones físicas del anciano para determinar su capacidad de vivir independiente en su medio ambiente, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia²⁸.

Es una forma de evaluar la habilidad de los pacientes ancianos de realizar sus actividades de la vida diaria (AVD), es un proceso sistemático para identificar y diagnosticar deficiencia en las capacidades, así como riesgos consecuentes de la enfermedad relacionada con el envejecimiento, es la evaluación del proceso de cómo el anciano se maneja día a día y quizás el desarrollo de estrategias para conservar su calidad de vida.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo (Rogers y Holm, 1994), también llamadas actividades personales de la vida diaria. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales por naturaleza (pueden ser delegadas en otros) ³.

La movilidad o capacidad de desplazamiento en el medio que rodea el individuo, es imprescindible para tener autonomía y es un componente esencial de la vida del hombre. La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina su grado de dependencia. El anciano inmovilizado es considerado un paciente de alto riesgo para desarrollar complicaciones médicas; dependientes de las actividades básicas de la vida diaria y candidato a la institucionalización²⁹.

Para hablar sobre función y enfermedad debemos de tener en mente la relación que conllevan ambas expresiones ²⁸.

- La prevalencia de enfermedades, al igual que la pérdida funcional, se incrementa con la edad.
- El inicio de un deterioro de la función, o su agravamiento, puede estar en relación con una enfermedad subyacente no conocida.
- Las incapacidades en la vejez no son procesos naturales debidos al envejecimiento.
- La suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional.

- La alteración funcional no discurre necesariamente paralela al grado de intensidad de la enfermedad.
- Los sistemas responsables de funciones pueden estar afectados por enfermedades de otros órganos.
- Las enfermedades agudas y la hospitalización producen con gran frecuencia en el anciano pérdidas funcionales.

El principal motivo de ingreso de los adultos mayores en los hospitales es un proceso agudo o la realización de un procedimiento quirúrgico programado⁸. Sin embargo se debe de tomar en cuenta que el paciente adulto mayor presenta unas características respecto a la enfermedad que lo diferencian del joven como son la pluripatología, la tendencia a la cronicidad, la presencia de síndromes geriátricos y la evolución tórpida de la enfermedad¹⁴.

Un anciano sometido a hospitalización aguda y a procedimientos quirúrgicos mayores o ingreso a una unidad de cuidados intensivos, tiene alto riesgo de desarrollar la llamada declinación funcional y entrar a la cascada de la falla orgánica múltiple, lo que indica altas tasas de mortalidad a pesar de las intervenciones realizadas³⁰.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos de riesgo intermedio se encuentra: cirugía intratorácica, cirugía intraperitoneal, endarterectomía carotídea, cirugía de cabeza y cuello, cirugía ortopédica, cirugía de próstata³¹; y de las enfermedades se identifican: el accidente cerebrovascular, el cáncer, falla congestiva del corazón, la neumonía, la enfermedad coronaria y fractura de cadera, como los que precipitan el declive funcional³⁰.

Antes de continuar es necesario conocer los principales cambios esperados atribuibles al envejecimiento, que principalmente son:^{30,32,33}

- Declive en la fuerza muscular y capacidad aeróbica
- Inestabilidad vasomotora
- Insensibilidad varoreceptora.
- Reducción del agua corporal total.

- Reducción de la densidad ósea.
- Reducción de la ventilación
- Reducción de la sensación.
- Alteración de la sed, del gusto, el olfato y dentición.
- Piel muy frágil

Éstos cambios normales se agudizan durante el proceso de hospitalización³⁰ y así se puede ver que con la edad hay una pérdida continua de la fibra muscular, y como consecuencia los músculos esqueléticos pierden masa y fuerza, en el proceso de hospitalización la imposición cotidiana de la inmovilidad, en el músculo envejecido puede causar una atrofia significativa que ocurre más rápidamente que en los pacientes más jóvenes, esto conduce a caídas y a declive funcional y necesita largos periodos de rehabilitación.

Los cambios más comunes en el sistema cardiovascular que acompañan a la edad incluyen, la rigidez de los vasos sanguíneos que pueden elevar la presión arterial, además la calcificación de las válvulas afecta el flujo de la sangre; la reducción en la sangre, en el volumen del plasma y en el agua corporal total, así como la deshidratación, pueden precipitar un síncope.

Dentro de la 24 a las 48 horas de estar en cama en una posición supina, el volumen del plasma disminuye en casi 7% o 500 ml. los depósitos de sangre en el tórax. El cuerpo percibe un incremento de volumen venoso, esto detona los receptores del volumen central de la sangre que genera una reducción de la secreción de la hormona antidiurética y una pérdida de agua y sodio.

Durante los periodos de inactividad en la cama, los valores de la hemoglobina y el hematocrito pueden inicialmente aumentar con la correspondiente caída en el volumen del plasma, pero ellos caen dramáticamente durante la recuperación y la iniciación de la actividad, conduciendo a un tratamiento potencialmente no necesario de anemia.

La eyección y volumen del bombeo cardiaco, son cambios afectados por la posición del cuerpo, ambos disminuyen cuando el cuerpo está supino, debido a la

redistribución de la sangre venosa que regresa al corazón durante los periodos de descanso en la cama.

Los cambios respiratorios asociados con la edad incluyen, disminución de la expansión torácica y un incremento en el volumen final y la capacidad residual; esto resulta en una tensión de oxígeno reducida (PaO_2). El descanso en cama puede también reducir la ventilación, evitando una expansión de la caja torácica llena y causar una estasis de secreciones, esto puede eventualmente conducir a un desbalance de O_2 y CO_2 .

Después de vislumbrar los cambios normales del proceso de envejecimiento y la forma en que declinan aún mas durante la hospitalización, es necesario tener en mente que la atención a los adultos mayores necesita de un enfoque especial, los cuales no pueden ser atendidos y valorados con el modelo médico tradicional, que es el modelo biomédico, en donde el origen del proceso agudo es uncausal y el objetivo esencial de la hospitalización es el tratamiento de la enfermedad o proceso agudo⁸.

Asimismo también es necesario tomar en cuenta durante la valoración y la atención algunos factores o perfil de salud que tiene el adulto mayor y que pueden determinar el cuadro agudo como la comorbilidad, polifarmacia, presentación atípica de la enfermedad, el compromiso de la función y el mayor estrés psicosocial³⁴.

Es por esto que la finalidad de la intervención de la enfermera en el cuidado de adultos mayores en un hospital, es mantener la capacidad funcional del paciente, evitar las complicaciones derivadas de la hospitalización y garantizar la continuidad asistencial al alta hospitalaria; es decir restablecer la capacidad global del paciente ¹³.

Como parte fundamental para garantizar esta continuidad de los cuidados, es necesario que la enfermera realice la valoración funcional a los pacientes adultos mayores dados de alta; con la finalidad de identificar la condición de autonomía e independencia del adulto mayor para realizar las actividades mínimas o básicas de sobrevivencia, lo cual determina la capacidad de

autocuidado, situación indispensable para garantizar los cuidados en el hogar; así también esta valoración ayuda a detectar de manera anticipada aquellas situaciones presentes que pongan en riesgo el mantenimiento de la funcionalidad ,con el fin último de mejorar el bienestar y calidad de vida del adulto mayor.

El hospital es considerado como un lugar hostil para muchos de los adultos mayores frágiles con enfermedades graves, ya que son vulnerables al ambiente hospitalario, el reposo forzado en cama, el estrés y yatrogenia. Así el sujeto independiente se convierte en dependiente a pesar de haberse resuelto el motivo de su ingreso al hospital, pero el resultado global es un individuo más vulnerable¹⁷.

Por lo anterior expuesto, y debido a que el periodo inmediato posterior al alta hospitalaria es considerado como un factor de riesgo para el adulto mayor (OMS 1974), entendiéndose este como la probabilidad que tienen los ancianos de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales¹³ ; es importante que la enfermera valore las capacidades físicas de autocuidado que le darán al anciano independencia y autonomía en su hogar; por lo que no debe pasarse por alto evaluar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las cuales son esenciales para satisfacer las necesidades básicas como son comer, trasladarse, asearse, etc.

3.5.- Calidad de vida

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos para caracterizar una población, pero existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, que toma en cuenta los valores positivos y negativos

que afectan nuestra función social y nuestra percepción; por lo tanto la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional; por lo que es importante evaluar la calidad de vida, como un indicador del desarrollo del individuo en todas sus dimensiones³⁵.

El tema de calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), pero la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, tuvo un auge evidente en la década de los 90s y se mantiene hasta nuestros tiempos³⁶.

Durante el tiempo se le ha venido dando diferente enfoque según cada dimensión estudiada, así tenemos que, de 1975 a 1985, se muestra una clara tendencia en cuanto a relacionar la calidad de vida con dos aspectos primordiales, el primero los indicadores económicos y sociales (perspectiva socioeconómica) y el segundo es la salud (perspectiva funcional), el primer aspecto dio inicio a la concepción de lo que se denomina calidad de vida.

En el periodo de 1985 a 1995, comienza a aparecer una perspectiva que ha tomado gran fuerza que es la del medio ambiente, y que continúa vigente como una dimensión dentro del concepto calidad de vida. Hacia la primera mitad de los noventa, apareció la perspectiva de ética, como una forma innovadora en el abordaje del tema.

En el lapso de 1995 a 2000, se da la diferenciación y el reconocimiento de una perspectiva que aunque siempre ha estado inmersa en las otras directrices desde las que se aborda el tema, no había tenido figuración de los últimos tiempos se habla de la perspectiva política, la cual ha popularizado ampliamente el término calidad de vida³⁷.

Con el análisis de todas las perspectivas de calidad de vida, es de importancia ver su carácter globalizador e integral con el que debe ser considerada para su estudio y evaluación. También es útil perfilar algunas cuestiones o ideas claves respecto a la definición de la calidad de vida: ³⁸

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Sin embargo entre los diferentes integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de salud; no sólo es uno de los primeros que emerge históricamente, es también el más básico de ellos. Su importancia para la calidad de vida es doble; por un lado el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias puede estar en relación con la salud; y por otro lado repercute indirectamente en ella al afectar al resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida: trabajo, ocio, autonomía y relaciones sociales, etc ³⁵.

No obstante, la calidad de vida en el adulto mayor se debe de evaluar de forma global no sólo tomando el aspecto de salud, si no el funcional, puesto que si este falla, le alterará su calidad de vida en los ámbitos social, emocional y en general en su entorno.

Por lo tanto la calidad de vida no es menos importante que la longevidad, luego entonces las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de una sociedad³⁹.

En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores es utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria. Pero es importante tomar en cuenta las siguientes aseveraciones que sobre calidad de vida en el adulto mayor se describen para poder llevar a cabo esa medición⁵.

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.
- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.
- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.
- La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

La mayoría de los modelos o propuestas teóricas en la investigación de la calidad de vida, consideran a ésta desde una perspectiva global en cuanto a la variable edad, es decir sin enfocar especial atención al grupo de personas mayores. Dentro de estos modelos, están algunos que tienen aplicación al campo de la gerontología.

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con

compensación, esto es, la puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida.

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez; aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal.

Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos.

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad; entre los resultados se han encontrado que la percepción del estado de salud auto informado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad; que las personas felices viven más tiempo, que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud, que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente, y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad, especialmente de la felicidad de las personas mayores o de bienestar psicológico ⁴⁰.

La calidad de vida tiene un valor predictor; existen actualmente evidencia clínica y epidemiológica que demuestra los efectos adversos en la recurrencia de la enfermedad y en la probabilidad de supervivencia producidos por una calidad de vida reducidos.

La CV puede ser conceptualizada a partir del enfoque de estudio, para el nuestro se retoma la definición de la OMS de calidad de vida que la define como "Como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" ⁶.

Es un concepto amplio afectado por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a las características principales del ambiente. La importancia de la medición de la CV se

debe a que se ha convertido en un indicador de envejecimiento satisfactorio y para algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez; es el principal criterio de un envejecimiento exitoso ⁴¹ .

Asimismo a finales de los años 90 la OMS adopta el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo y lo define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”; el término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra ⁴² .

La CV constituye, en el momento actual y futuro, un reto primordial, el hecho de que se este empezando a investigar e intervenir en cuestiones relativas a la calidad de vida en la vejez adquiere importancia por que independientemente de la edad, en esta etapa se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia y el incremento de enfermedades crónicas en particular⁴³.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

General:

Analizar la capacidad funcional física y calidad de vida del adulto mayor al egreso hospitalario.

Específicos:

- Describir las características sociodemográficas y del estado de salud de los adultos mayores involucrados en el estudio.
- Identificar la capacidad funcional física del adulto mayor previo a su hospitalización.
- Evaluar la capacidad funcional física del adulto mayor al egreso hospitalario.
- Evaluar la calidad de vida del adulto mayor al egreso hospitalario.

CAPÍTULO V MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal.

Lugar y tiempo: Estudio realizado en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en San Luis Potosí, S.L.P, entre el 1º de abril al 15 de junio de 2009, en los departamentos de medicina interna, cirugía, especialidades y ginecología.

Universo: Adultos mayores en prealta y alta por mejoría en el Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí.

Población estudiada: 107 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo: Muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión: Adultos mayores (de 60 y más años) de género indistinto que se encontraban en los servicios de medicina interna, cirugía general y especialidades con estabilidad hemodinámica (mínimo con 24 horas de estancia hospitalaria) y que lograra estar en prealta o alta por mejoría, sin alteración cognitiva y que aceptaron participar. De un total de 280 egresos de AM en el periodo de recolección, sólo 107 (38.2%) cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Criterios de exclusión: Adultos mayores que no firmaron el consentimiento informado, con hipoacusia que no permitió realizar la entrevista, con dependencia total o índice de Barthel menor de 20 puntos en la evaluación previa, deterioro visual (imposibilidad para ver de cerca) y aquellos que tenían problemas del habla. Las causas de exclusión y/o eliminación correspondieron a déficit intelectual grave 23.7%; defunción 16.2%; hipoacusia severa y déficit visual total 11.6%; no aceptaron participar 3.5%; el resto por otras causas como dificultad para hablar, dependencia antes de ingresar al hospital, participante en prueba piloto, alta en horario nocturno, estancia menor a 24 horas, reingreso y participación previa.

Instrumentos utilizados:

Para evaluar las características sociodemográficas y de salud, se aplicó una cedula de datos generales en donde se incluyeron datos sociodemográficos, como edad, sexo, estado civil, grado de estudios y ocupación; variables de salud, como enfermedades previas, hospitalización previa, uso previo de medicamentos, diagnóstico o motivo principal de ingreso y días de estancia hospitalaria.

El instrumento utilizado para evaluar la capacidad funcional fue el Índice de Barthel (IB), es una medida genérica de independencia en actividades de la vida diaria (AVD), es la escala de medición de AVD más conocida, estudiada y difundida a nivel internacional. Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, las cuales se clasificaron en tres dimensiones: de autocuidado; comer, baño/ducha, aseo/arreglo personal, uso del escusado y vestirse/desvestirse; de movilidad, trasladarse de la silla a la cama, deambular, subir y bajar escaleras; funciones corporales, control intestinal y control vesical.

Se eligió el IB en su versión original con 10 preguntas, cada una con dos a cuatro opciones de respuesta y valores asignados de 0,5, o 10 y 15 , la traducción al español se publicó en 1993 por Baztán et al ⁴⁴; adicionalmente se utilizó la ponderación final que propone Shah et al (referida por Barrero Solís et al) ⁴⁵ con los niveles de: < 20, como dependencia total; de 20-60, dependencia grave; de 61-90, dependencia moderada; de 91-99, dependencia escasa y 100, independencia.

Lowen y Anderson (referidos por Baztán et al, Barrero Solís et al, Buzzini et al, y Cid Ruzafa y Damian-Moreno) hicieron el primer estudio de confiabilidad del instrumento en su versión original; el cual resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00; en la evaluación intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97 y en cuanto a la consistencia interna, reportan un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 ^{44,45,46,47}.

Para fines de este estudio se utilizó, el WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life): Version abreviada del original WHOQOL-100 creado por la OMS en 1996 para evaluar calidad de vida. Es una escala genérica

transcultural, con enfoque holístico, internacional, validada en diferentes idiomas, edades y situaciones (personas sanas, enfermas y en rehabilitación) el cual produce un perfil de la CV según la propia percepción de la persona evaluada. El cuestionario está diseñado para ser auto administrado, sin embargo cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, puede ser entrevistado⁴⁸.

Existen dos versiones del WHOQOL validadas al español, el WHOQOL-100 y el WHOQOL BREF; el WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, con siete ítems; salud psicológica, con seis; relaciones sociales, con tres y ambiente con ocho ítems y dos preguntas globales, calidad de vida global y salud general; las preguntas tienen cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert.

Sus propiedades psicométricas se analizaron utilizando la sección transversal de datos obtenidos a partir de una encuesta de personas llevada a cabo en 23 países (n = 11830), en los análisis de consistencia interna se obtuvo en un alfa de Cronbach >0.70, en salud física 0.82, en salud psicológica 0.81, ambiental 0.80, pero marginal para relaciones sociales 0.68, las correlaciones con el tema total, la validez discriminante y validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio, indican que el WHOQOL-BREF tiene buenas a excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad y funciona bien en las pruebas preliminares de validez⁴⁹.

En un estudio de validación realizado en adultos mayores de habla francesa, residentes en Suiza, la consistencia interna del WHOQL-BREF obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84 para el componente físico y 0.76 para el componente mental, las relaciones de medidas entre la salud física y mental demostraron validez convergente y discriminante, en general se demuestra que la calidad de vida en las personas mayores puede ser determinado con el WHOQOL-BREF, ya que demostró alta validez y fiabilidad test-retest⁵⁰.

Procedimiento para la recolección de información

Para la planeación de la recolección de datos se elaboró un censo de adultos mayores hospitalizados, en donde se anotaron los datos básicos para llevar el control, el cual era actualizado diariamente al pase de lista cama por cama, en donde se registraban los ingresos y egresos con sus respectivos datos.

Se aplicó la prueba de Pfeiffer para detectar deterioro del estado mental, consta de 10 preguntas que evalúan la memoria remota, la conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática; se pondera como 0-2 errores, funcionamiento intelectual normal; de 3 a 7 errores, deficitario y de 8 a 10 errores, déficit intelectual grave, este instrumento está validado al español por Martínez y colaboradores⁵¹. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaron funcionamiento intelectual normal y deficitario. Se proporcionó información referente al estudio y en qué consistía la participación, una vez que aceptaban se pidió el consentimiento por escrito de cada participante con base en el artículo 20 de la Ley General de Salud en materia de investigación⁵².

Se aplicó un cuestionario de datos generales, donde se incluyeron sociodemográficos y del estado de salud como, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, principal motivo de ingreso, hospitalización previa, enfermedades previas y consumo de medicamentos, a las 24 horas de ingreso del AM; al mismo tiempo se aplicó el índice de Barthel para evaluar de forma retrospectiva la capacidad funcional basal dos semanas antes del ingreso al hospital.

Y una vez que el paciente se encontraba en prealta o dado de alta se evaluó nuevamente el índice de Barthel, pero enfocado al momento, es decir se evaluó la habilidad para la ABVD momentos antes de egresarse y se terminó de recabar datos generales como tratamiento requerido durante la hospitalización, tipo de cirugía realizada y días de estancia hospitalaria. De igual forma en este momento se evaluó la calidad de vida con aplicación de la escala WHOQOL-BREF.

Adaptación cultural del instrumento WHOQOL-BREF:

Como se mencionó anteriormente el instrumento WHOQOL.BREF de la OMS que evalúa calidad de vida está validado multiculturalmente en varios idiomas y en la validación al idioma español participó la doctora Ramona Lucas Carrasco de Barcelona España a quien se solicitó el permiso y se obtuvo la autorización para el uso de éste instrumento.

Aún cuando éste instrumento estaba validado al español, fue necesario adaptarlo al contexto mexicano, es por eso que se realizó la adaptación cultural , en la que colaboraron médicos y enfermeros (as) expertos en el área de geriatría y gerontología, cuidadores y adultos mayores en diferentes escenarios (asilos, comunidad y hospitalización). Después del análisis de los comentarios y sugerencias de los participantes se realizaron los ajustes en algunas preguntas, en donde se utilizaron sinónimos que pudieran ser comprendidos por los adultos mayores en nuestro contexto.

Los cambios realizados referente a la terminología de la escala de calidad de vida posterior a la contextualización fueron; “puntuaría” se cambió a “califica”, “que tanto” por “que tan”, “cuan” por “que tan”, “actividades de ocio” por “actividades de distracción”, “servicios sanitarios” por “servicios de salud”, “vida sexual” por “situación de pareja” ; también se agregó una escala análoga con imágenes y signos de acuerdo a la escala ordinal de respuestas.

Prueba piloto:

Se llevó a cabo del 9 al 17 de marzo de 2009 una vez autorizado por el Comité de Ética del hospital del ISSSTE de San Luis Potosí, y utilizándose un muestreo por conveniencia se incluyeron a 19 adultos mayores que cumplieron con todos los criterios de inclusión; durante la prueba piloto se tuvo un primer acercamiento con lo que sería la recolección final, se probó la aplicabilidad de los instrumentos en donde se midieron los tiempos requeridos, los horarios idóneos para las entrevistas, en general se tuvo una visión general del contexto hospitalario.

Durante esta etapa se tuvo como limitante que la escala WHOQOL-BREF fue difícil ser autoadministrada, ya que por motivos propios del contexto hospitalario y de los pacientes, sólo en el 15.8% se pudo utilizar esta técnica; de acuerdo a la OMS también puede ser aplicada por entrevista estructurada por lo que se decidió utilizar ésta última por el investigador.

Procesamiento y análisis de los datos:

Para el procesamiento de datos del Índice de Barthel, primero se realizó la sumatoria de puntos de cada ABVD con lo que se pudieron calcular medidas de tendencia central, y posteriormente se clasificó por niveles según puntajes sugeridos por Shah et al, como < 20 dependencia total, de 20 a 60 dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa y 100 independencia⁴⁵. Asimismo se realizó el análisis por cada ABVD para evaluar la dependencia previa y al egreso hospitalario y se usaron medidas de asociación y correlación para analizar las variables sociodemográficas y de salud.

Se utilizaron los lineamientos de la OMS para el procesamiento de datos de la escala WHOQOL-BREF que consta de una serie de pasos para el control de datos y para el cómputo de las puntuaciones por dominios⁵³.

Como primer paso se realizó la recodificación de los 26 ítems de 1=1, 2=2, 3=3, 4=4 y 5=5, con esto los datos que no estaban dentro del rango de 1 a 5 entrarían al sistema de desaparecidos lo que ayudó a verificar errores de captura de información. Como segundo paso, se recodificaron tres preguntas (3, 4 y 26) que en el instrumento tienen sentido negativo para transformarse a sentido positivo 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, esto se realizó porque la escala numérica de calidad de vida tiene sentido positivo, es decir a mayor puntaje es mejor la calidad de vida.

Para el cómputo de dominios, en el manual de instrucciones se presentan unas ecuaciones para calcular las puntuaciones de cada uno de los dominios de acuerdo al número de ítems que los componen los cuales se multiplicaron por cuatro para que puedan ser comparables directamente con las puntuaciones

derivadas del WHOQOL-100. Una vez teniendo las puntuaciones de cada dominio, se realizaron las estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central (media, desviación estándar, mínimo y máximo).

Las dos primeras preguntas del instrumento se examinaron por separado, la primera pregunta cuestiona sobre la percepción individual de la calidad de vida total o global y la segunda sobre la percepción individual de la salud, en estas se calcularon las medidas de tendencia central solamente, el resultado se interpreta en forma positiva con una puntuación de 1 a 5 a mayor puntaje mayor calidad de vida.

De forma arbitraria y con la asesoría de un experto en estadística, se clasificó la calidad de vida de manera ordinal por niveles, los intervalos se formaron a partir de los resultados que se obtuvieron en los percentiles de todos los adultos mayores incluidos en el estudio, los cortes se hicieron cada 20 percentiles, se obtuvieron 5 niveles y se ponderó como deficiente (28 a 47), regular (48 a 54.50) , buena (54.60 a 59.20), muy buena (59.30 a 65.60) y excelente (65.70 a 93). Se tomó como referencia el mínimo y el máximo para inicio y final de la ponderación.

Se utilizó estadística descriptiva con la realización de tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión; y estadística inferencial con t student pareada, para comparar la capacidad funcional que el adulto mayor tenía dos semanas previas al ingreso hospitalario y al egreso, χ^2 para variables nominales, para buscar asociación entre capacidad funcional y variables de salud; correlación de Pearson para capacidad funcional y dominios de calidad de vida; la base de datos se elaboró en el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows; y se apoyó en el programa Excell para la elaboración de gráficas y tablas.

Garantía de aspectos éticos

En relación a las consideraciones éticas es importante mencionar que se obtuvo la aprobación del protocolo de ésta investigación por el Comité de Ética e

Investigación de la Facultad de Enfermería y se autorizó por el Comité de Ética del Hospital General del ISSSTE para aplicarse en esta institución.

Entre otras consideraciones que se tomaron en cuenta en el paciente fue la obtención del consentimiento informado para participar con su firma y en aquellos que no sabían o no podían escribir se les pidió poner la huella dactilar; se respetaron los principios y derechos fundamentales aplicables a los seres humanos regulados en los códigos de ética⁵⁴ como el derecho a la decisión libre y voluntaria de participar; se protegió la identidad del paciente como derecho al anonimato y a la confidencialidad y se respetó el derecho a un trato justo y leal.

Se dio cumplimiento a lo anterior al no poner el nombre del paciente en los instrumentos, se llevó el control a través de un número, las entrevistas se hicieron de forma discreta cuando el paciente se encontraba solo en su unidad, o al menos que pidiera que estuviera su familiar se le permitía estar pero sin opinar o ayudar a responder los instrumentos. En todo momento se dio cumplimiento al principio de igualdad que se aplica a adultos mayores que dice “el derecho del individuo al reconocimiento, respeto y protección de la comunidad no disminuye con la edad”⁵⁵.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En los 107 AM participantes en el estudio, se obtuvo en el test de Pfeiffer 87.9% un funcionamiento intelectual normal y 12.2%, deficitario. De acuerdo a estos resultados en donde se observa una gran variedad de factores y situaciones que limitan la inclusión de AM al estudio, es importante retomarlos para próximos estudios en donde se requiera la participación activa del paciente mayor.

Los resultados de las variables sociodemográficas se presentan en el siguiente cuadro, en donde se puede observar que la edad promedio fue de 72 ± 7.4 años; las edades entre 60 a 69 años y 70 a 79, representaron 43.9% y 37.4 % respectivamente; la frecuencia de AM de 80 y más años fue de 18.7%, dato importante como factor de riesgo para fragilidad; relacionado a género predominó el sexo femenino con 63.9%; estado civil, casados 52.3%, y el resto no cuenta con una relación de pareja que puede ser factor de riesgo para el aislamiento, soledad, depresión y deterioro funcional .

Referente a la escolaridad se obtuvo, primaria incompleta 41.1%; primaria completa, 19.6%; bachillerato o carrera técnica, 13.1% y nivel profesional 15%. En la variable ocupación se encontró, labores del hogar ,53.3%; ninguna ocupación, 16.8%; otras, 12.1%, en ésta categoría se ubicaron las actividades recreativas y personales; trabajo informal, 9.4%, y empleado ,8.4%; como se puede observar éstas dos últimas categorías corresponden a trabajo remunerado que representa en conjunto 17.8%, y el resto no percibe salario, situación que puede afectar la calidad de vida.

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de adultos mayores hospitalizados. Hospital del ISSSTE de San Luis Potosí S.L.P, de abril a junio del 2009

n=107

VARIABLE	N°	%
SEXO		
Mujer	69	64,5
Hombre	38	35,5
EDAD		
60 a 69	47	43.9
70 a 79	40	37.4
80 a 89	18	16.8
90 a 99	2	1.9
ESTADO CIVIL		
Casado	56	52.3
Viudo	40	37.4
Soltero	7	6.5
Divorciado/Separado	4	3.7
ESCOLARIDAD		
Sin escolaridad	10	9.3
Primaria Incompleta	44	41.1
Primaria Completa	21	19.6
Secundaria Completa	2	1.9
Bachillerato/Técnico	14	13.1
Profesional	16	15.0
OCUPACION		
Labores del hogar	57	53.3
Ninguna	18	16.8
Otras	13	12.1
Trabajo informal	10	9.4
Empleado	9	8.4

Fuente: Aplicación del instrumento de datos generales

Dentro de las variables clínicas y de salud, se obtuvo una estancia hospitalaria media de 6.3 ± 4.7 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 27 días, en nuestro estudio no existió correlación entre número de días y puntaje de capacidad funcional; 84.1% refirió tener otra enfermedad diferente al motivo de ingreso; 59.8% refirió tener entre una y dos enfermedades diferentes al motivo principal de ingreso, por lo que podemos ver reflejada la comorbilidad y pluripatología como características particulares en los AM; y de éstos 75.7% padece alguna o más enfermedades crónicas entre las que se encontraron, la HTA, 32%; DM, 11%; DM+HTA, 28%; Artropatías, 8.6%; HTA+ Artropatías 11%, en éste sentido vemos la cronicidad de la enfermedad que padece el AM, sus riesgos de tener un mal control y la necesidad de la detección de complicaciones, así como la importancia de la atención de calidad en un primer nivel para evitar las hospitalizaciones por un cuadro agudizado.

Un factor que contribuye a la pérdida de capacidad funcional son las caídas, a este respecto se obtuvo que el 47.7% refirió haberse caído alguna vez en el último año, un dato importante es que de los doce AM que ingresaron por algún traumatismo, nueve sufrieron fractura secundaria a una caída de su propia altura. Se puede disminuir este factor de riesgo con un programa de prevención de caídas en la comunidad y en el ámbito hospitalario.

Otro factor de riesgo para el deterioro funcional es la hospitalización previa en el que 77.6% refirió haber estado hospitalizado previamente y de éstos 14.4% tenía menos de seis meses transcurridos de la última hospitalización al momento del estudio con lo que podemos decir que el fenómeno del reingreso está presente en los AM participantes; sin embargo 66.3% tuvo la última hospitalización en un tiempo mayor a dos años, lo que denota que en dos terceras partes de los adultos mayores incluidos en el estudio y que han utilizado los servicios de salud no se presenta propiamente el reingreso hospitalario puesto que es un tiempo prolongado de un ingreso a otro (véase cuadro 2).

Cuadro 2. Variables del estado de salud de adultos mayores hospitalizados.
Hospital del ISSSTE de San Luis Potosí, de abril a junio de 2009

n=107

Variable		Núm.	%
Otra(as) enfermedades diferentes al motivo de ingreso	Si	90	84.1
	No	17	15.9
	Total	107	100.0
Principales enfermedades crónicas que padecen	HTA	29	32
	DM + HTA	25	28
	DM	10	11
	Artropatías + HTA	10	11
	Artropatías	8	8.6
	Otras	8	9.3
	Total	90	100.0
	Caidas previas	Si	51
No		56	52.3
Total		107	100.0
Hospitalización previa	Si	83	77.6
	No	24	22.4
	Total	107	100.0
Tiempo transcurrido de hospitalización previa en relación al momento	No recuerda	2	2.5
	Menos de 6 meses	12	14.4
	De 7 a 23 meses	14	16.8
	De 24 y más meses	55	66.3
	Total	83	100.0
Uso de medicamentos	Si	95	88.8
	No	12	11.2
	Total	107	100.0
Numero de medicamentos	1 a 3 medicamentos	51	53.6
	+de 3 medicamentos	44	46.3
	Total	95	100.0
Percepción del estado de salud	Excelente	5	4.7
	Buena	16	15
	Regular	70	65.4
	Mala	11	10.3
	Muy mala.	5	4.7
	Total	107	100.0

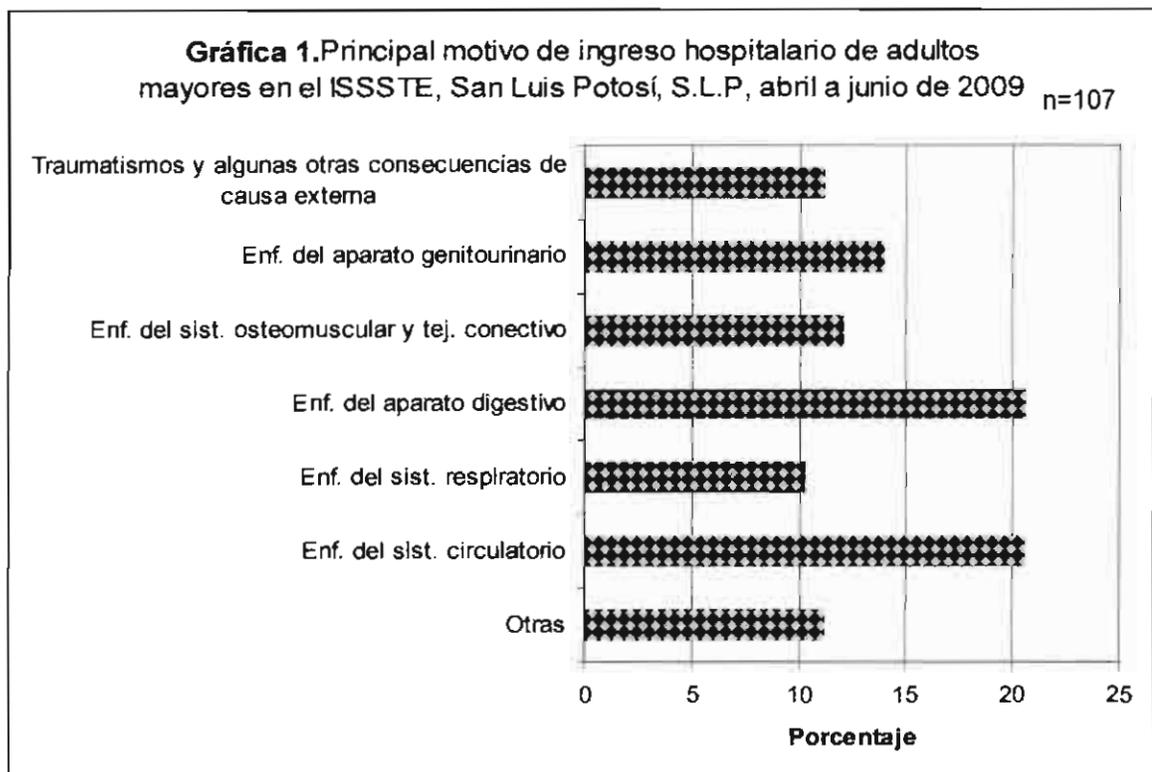
Fuente: Aplicación del instrumento de datos generales.

El uso de medicamentos previo a la hospitalización se presentó en 88.8% con un mínimo de 1 y máximo 12 tipos de medicamentos; 46.3%% utilizaban 3 y más medicamentos, con esto se puede ver la presencia de polifarmacia previo a la hospitalización y posterior a la misma sin duda existe un aumento por los que se agregan durante la enfermedad aguda, que en nuestro estudio no se consideró tomar en cuenta; en total antes de la hospitalización los AM utilizaban un promedio de 3.8 ± 2.5 medicamentos diarios .

En el cuadro anterior se puede observar también que la mayoría (65.4%) de los pacientes percibe su estado de salud como regular, aún cuando ya estaban egresando por mejoría, esto posiblemente a que sienten todavía su estado de salud inestable o no se han recuperado totalmente; 10.3% la percibe aún como mala; 4.7% la perciben muy mala y en la misma proporción como excelente. Los antecedentes de enfermedades crónicas y pluripatología podría justificar la percepción deficiente del estado de salud, puesto que saben que no alcanzarán la salud completamente (véase cuadro 2).

El diagnóstico de ingreso fue 20.6% para las enfermedades del aparato digestivo y enfermedades del aparato circulatorio; 14%, para enfermedades del aparato genitourinario; 11.2%, traumatismos, se catalogaron de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades En "otras" representada por 11.2% se clasificaron las neoplasias, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, enfermedades de los ojos, enfermedad del sistema nervioso y algunos signos y síntomas como cefalea y fiebre en estudio (Véase gráfica 1).

Las patologías se clasificaron para su análisis en enfermedades discapacitantes y no discapacitantes, dentro de las primeras se ubicaron la osteoartritis, neumopatías crónicas, fracturas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedades de canal medular.

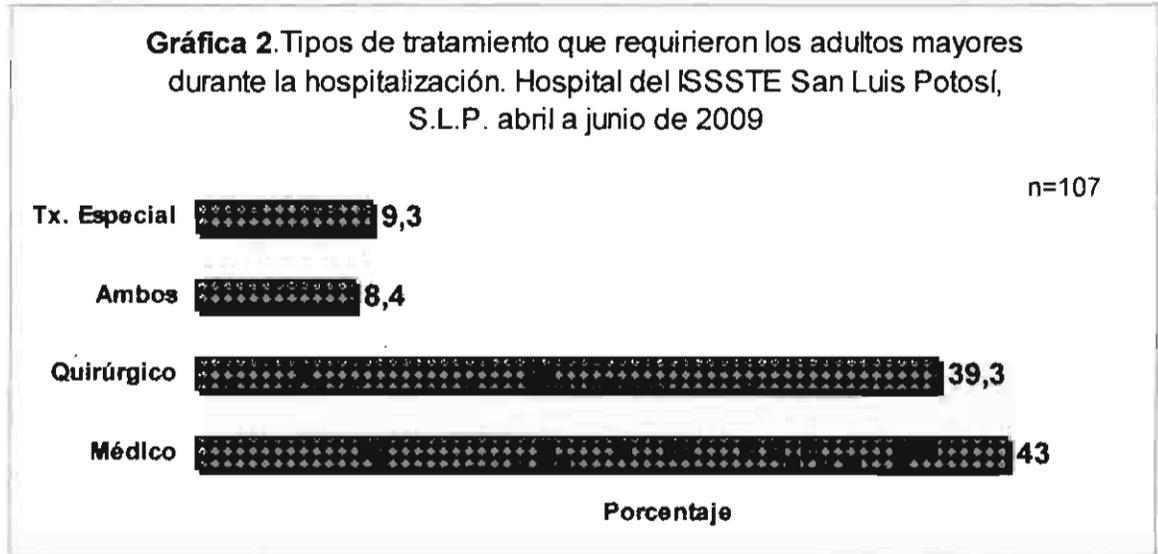


Fuente: Aplicación del instrumento de datos generales.

Según el tipo de tratamiento requerido durante la hospitalización se observó, tratamiento médico, 43%; quirúrgico, 39%; ambos 8%; y algún tratamiento especial 9%; en la categoría de “ambos” se incluyó aquellos que fueron sometidos a una cirugía y que además requirieron la administración de medicamentos como antibióticos, hipoglucemiantes, antihipertensivos para complementar el tratamiento o que presentaron descontrol de su enfermedad adicional; en la categoría de “tratamiento especial” se ubicó a drenajes de abscesos, curaciones, colocación de catéteres de hemodiálisis y un estudio diagnóstico (véase grafica 2) ;

Del total de AM que requirieron tratamiento quirúrgico (42), 45%, requirió cirugía ortopédica; 23%, cirugía digestiva; 21% se ubicó en la categoría de “otros” y 11% cirugía ginecológica. Cabe mencionar que en “otros” se incluyeron cirugías de oftalmología, cirugía vascular, neurocirugía, urología y amputaciones

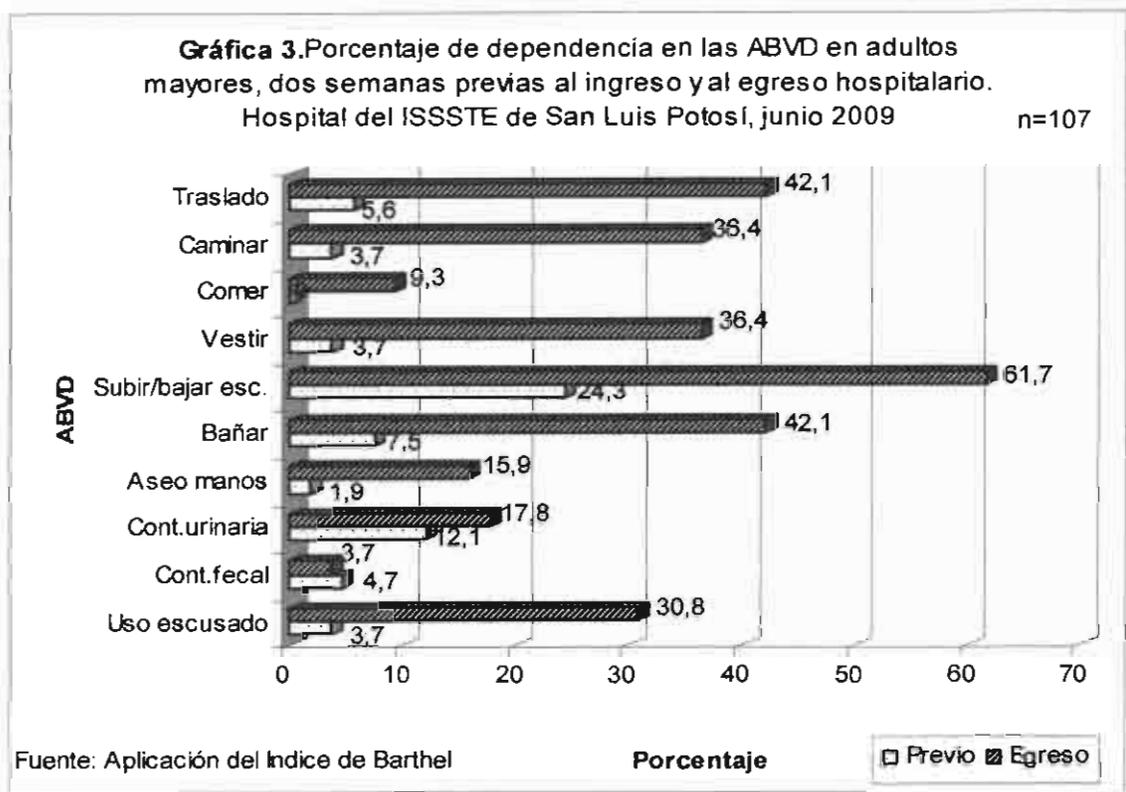
Gráfica 2. Tipos de tratamiento que requirieron los adultos mayores durante la hospitalización. Hospital del ISSSTE San Luis Potosí, S.L.P. abril a junio de 2009



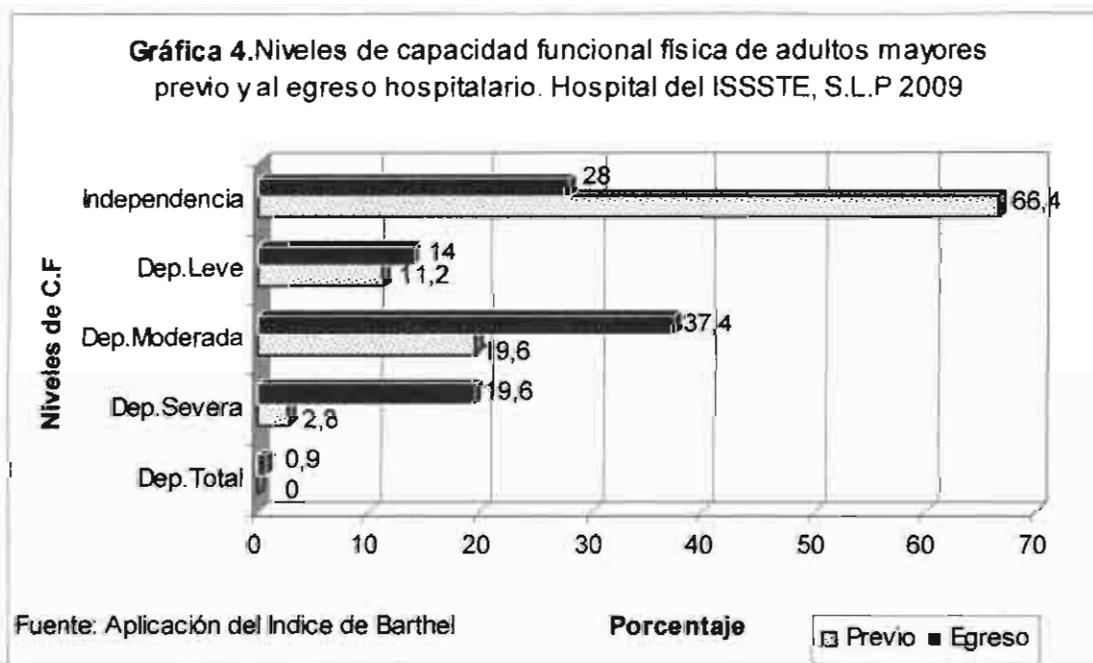
Fuente: Aplicación del instrumento de datos generales.

La actividad en que los AM presentaron mayor dependencia, tanto previo al ingreso como al egreso hospitalario fue “subir y bajar escaleras”, se observa que al egreso, 61.7% eran dependientes en ésta ABVD.

En general en todas las ABVD se incrementó la prevalencia de dependencia al egreso, excepto en continencia fecal, que descendió de 4.7% a 3.7%, lo cual podría explicarse por aquellos AM que ingresaron con algún problema gastrointestinal y mejoraron durante la hospitalización. Es importante mencionar que al egreso se presentó más del 30% de dependencia en ABVD de autocuidado como son bañarse, comer, vestirse y usar el escusado; y de movilidad como subir y bajar escaleras, traslado y caminar, las cuales son indispensables para mantener la autonomía del AM (Véase gráfica 3).



La independencia que los AM tenían dos semanas previas al ingreso hospitalario descendió en 41% al egreso y presentaron dependencia moderada 37.4% y dependencia severa ,19.6% (véase la gráfica 4).



En la evaluación de la capacidad funcional física la media del índice de Barthel que el grupo de AM en estudio tuvo, dos semanas previas al ingreso hospitalario fue de 95.28, (en una escala de 0 a 100) y en la evaluación al momento del egreso hospitalario fue de 80.56, con una diferencia de 14.72 puntos con significancia estadística (t Student de 8.764, $p < 0.001$) es decir se obtuvo una disminución de la capacidad para realizar las ABVD al egreso hospitalario.

Asimismo en la evaluación previa al ingreso hospitalario, hubo mayor dependencia global en mujeres a diferencia de los hombres. Se identificó mayor dependencia en mujeres en las ABVD "continencia urinaria" y "subir y bajar escaleras", $p < 0.05$; cabe hacer mención que la dependencia en los hombres solo se presentó para "bañarse" y en "subir y bajar escaleras" a diferencia de las mujeres que fue en todas con excepción de la capacidad para "comer" (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Dependencia e independencia del AM en las ABVD, previo al ingreso hospitalario según género.
Hospital del ISSSTE de San Luis Potosí, de abril a junio de 2009

n=107

ABVD	Género				χ^2	p
	Hombres (Núm.)		Mujeres (Núm.)			
	Dep.	Indep.	Dep.	Indep.		
Subir y bajar escaleras	5	33	21	48	3,976	0.046
Continencia urinaria	0	38	13	56	8,150	0.004
Bañarse	1	37	7	62	-	-
Traslado	0	38	6	63	-	-
Continencia fecal	0	38	5	64	-	-
Vestirse	0	38	4	65	-	-
Caminar	0	38	4	65	-	-
Uso de escusado	0	38	4	65	-	-
Aseo de manos	0	38	2	67	-	-
Comer	0	38	0	69	-	-

Fuente: Aplicación del Índice de Barthel

Al realizar el análisis de la dependencia e independencia con algunas variables del estado de salud, se encontró asociación de mayor dependencia con la enfermedad discapacitante, tratamiento quirúrgico y cirugía ortopédica.

Tabla 1. Asociación entre capacidad funcional física y variables del estado de salud de AM al egreso hospitalario. Hospital del ISSSTE de San Luis Potosí, S.L.P, abril-junio del 2009

Variable	Hallazgos	Chi cuadrado	Significancia
Capacidad funcional física y diagnóstico de ingreso.	Existe mayor dependencia física en pacientes que ingresaron con enfermedad clasificada como discapacitante.	9.594	0.002
Capacidad funcional y tipo de tratamiento requerido	Mayor dependencia física en pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico	10.522	0.015
Capacidad funcional física y tipo de intervención quirúrgica	Se observó mayor dependencia en pacientes con cirugía ortopédica	16.029	0.003

En relación a los resultados de la evaluación de calidad de vida con la aplicación de la escala WHOQOL-BREF y variables sociodemográficas, sólo se obtuvo correlación significativa positiva entre CV y grado de escolaridad ($t_{105} = 2.84$ $p = 0.005$ y $r_s = 0.267$), es decir a mayor grado de escolaridad, mayor calidad de vida, por lo que se puede ver la influencia del factor educación sobre la CV del AM.

De los dos ítems que se califican por separado de los dominios de CV, en la pregunta de calidad de vida global se obtuvo una media de 3.17 y en satisfacción de la salud una media de 3.06 ambas en un rango de 1 a 5; al evaluar los dominios de calidad de vida se encontró; en el físico, una media de 49.63; el ambiental, con 55.22; el psicológico 58.05; el social con 64.99 y la media global de los cuatro dominios fue de 56.97 (Véase cuadro 4).

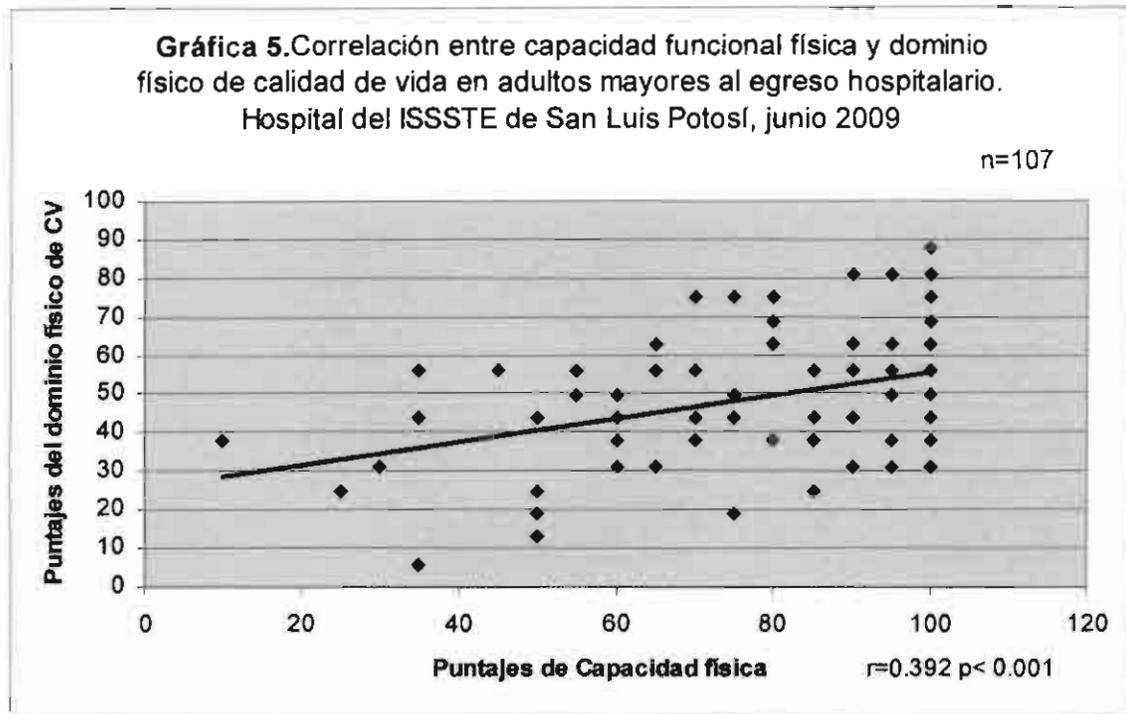
Cuadro 4. Calificación media de calidad de vida global y por cada dominio, según percepción del adulto mayor al egreso hospitalario. Hospital del ISSSTE de San Luis Potosí, S.L.P, abril a junio de 2009

Dominio	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Total (4 dominios)	56.97	11.72	28	93
Físico	49.63	15.7	6	88
Psicológico	58.05	14.7	19	94
Social	64.99	17.1	19	100
Ambiente	55.22	12.7	25	88

Fuente: Aplicación de la escala WHOQOL-BREF

Como se puede ver sólo en el dominio social hubo un máximo puntaje de 100, y fue el más fortalecido pero aún la media que presenta es baja, y en general se observa baja calificación media de los cuatro dominios juntos, en forma colectiva se observa que el adulto mayor presenta calidad de vida aceptable pero se debe de tener como meta elevarla en la medida de lo posible para contribuir a un envejecimiento exitoso.

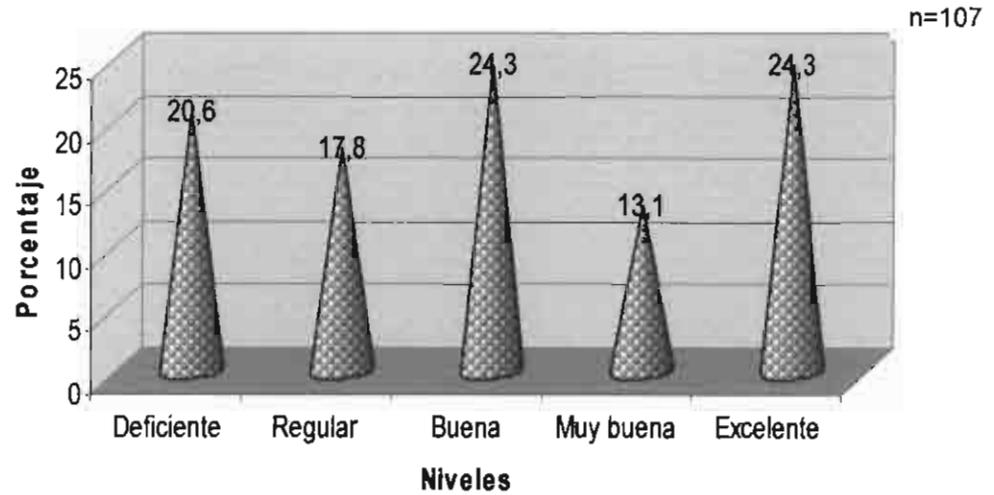
Al realizar las pruebas de correlación entre el puntaje total de los cuatro dominios y el puntaje del Índice de Barthel, que evalúa la capacidad funcional, no se observó correlación, sin embargo al realizar el análisis por cada dominio de calidad de vida, el único dominio que tuvo correlación y significancia estadística con capacidad funcional física fue el dominio físico ($r=0.392$, $p<0.001$), el cual se clasifica como correlación baja según González Bravo⁵⁶; además éste dominio de calidad de vida fue el más afectado en el AM, por lo que se puede deducir que la capacidad funcional física por si misma afecta la calidad de vida sólo en el área física, y que existen otras áreas que contribuyen a que el AM perciba buena calidad de vida, las cuales no deben de olvidarse cuando se trabaja con éstos pacientes para ofrecer una atención integral (Véase gráfica 5)



Fuente: Aplicación de WHOQOL-BREF e Índice de Barthel.

Asimismo, al categorizar la calidad de vida en niveles, predominó excelente y buena, con 24%; seguida por deficiente, 21%; regular, 18% y muy buena 13%, aquí se puede ver la diversidad de la percepción que los AM tienen sobre la CV, que está condicionada por las circunstancias del momento de la evaluación, el cual diferirá en los mismos adultos mayores en tiempo y circunstancias diferentes (Véase gráfica 6).

Gráfica 6. Niveles de calidad de vida según percepción del AM al egreso hospitalario. Hospital del ISSSTE, San Luis Potosí, S.L.P junio 2009



Fuente: Aplicación de la escala WHOQOL-BREF

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

La literatura menciona que la prevalencia del deterioro que condiciona alta dependencia funcional en el total de los mayores de 60 años en México se estima en 17.5%, y que se observa una baja proporción de personas con deterioro por debajo de la franja de edad de 70 a 75 años de edad y su rápido incremento por encima de la misma. En cuanto a las diferencias por género, las mujeres muestran una mayor y más precoz prevalencia de deterioro funcional grave ¹³.

Se han realizado diversos estudios en adultos mayores utilizando el índice de Barthel en el ámbito comunitario o previo a hospitalización^(16, 57, 58). Y los reportes reflejan prevalencia de independencia funcional o autonomía de 50%, como es el caso de Castelo Vega y col. ⁵⁷ y en cuanto a los niveles de dependencia, han encontrado que predomina la dependencia moderada ¹⁶ y leve⁵⁹. En el presente estudio se encontró una prevalencia de autonomía previa a ser hospitalizados de 66.4% y el resto con algún nivel de dependencia sin embargo ningún adulto mayor presentó dependencia total.

Aunque algunos resultados no son equiparables con los aquí obtenidos por las diferencias de diseño y metodología empleados; como en el estudio de Mañas ¹⁶ que incluyó a pacientes de 80 y más años y no menciona si excluyó a pacientes con deterioro cognitivo, lo que podría ser la causa de las diferencias en los hallazgos, en donde reportan una media del IB de 70.9 previa a la hospitalización y en la presente investigación se obtuvo una media de 95.2, sin embargo este puntaje disminuye en mínima parte al seleccionar sólo a los de 80 y más años en donde se obtiene una media de 95 puntos. De acuerdo a los niveles de dependencia, la media del IB obtenida por Mañas se ubica en dependencia moderada y la obtenida en este estudio en dependencia leve.

Aguilar Hernández y col. ⁵⁸ en un estudio exploratorio en ámbito comunitario identificó diferencias de género en adultos mayores con la dependencia funcional para las ABVD y encontraron 60% de predominio en mujeres en dependencia

funcional para ABVD y en la actividad de “subir y bajar escaleras” 95% presentó dependencia también con predominio en mujeres y en total 89% presentaron nivel de dependencia leve y de estos predominó en las mujeres con 55%. Aunque el objetivo principal de esta investigación no era identificar las diferencias de sexo con la dependencia, al realizar el análisis de dependencia y sexo observamos resultados similares, ya que de los AM dependientes en la evaluación previa, 86% eran mujeres y había mayor dependencia en ellas en la ABVD “subir y bajar escaleras” y “continencia urinaria”.

Esto retoma importancia si recordamos que el perfil del envejecimiento demográfico en la actualidad es la feminización, es decir que las mujeres son mayoritarias en su composición, viven más tiempo que los hombres, la esperanza de vida al nacer en la mujer es mayor que la del hombre, sin embargo tienen una morbilidad diferente en relación al varón, además padecen más enfermedades crónicas, lo que deteriora su calidad de vida⁶⁰.

Por otra parte los estudios realizados en adultos mayores institucionalizados y hospitalizados aplicando el índice de Barthel, demuestran mayor dependencia que el encontrado en el ámbito comunitario, como el realizado por Gómez Arquez y col.⁵⁹, con una muestra de 59 adultos mayores pertenecientes a dos centros residenciales, reportan 74.6% de dependencia y en su estudio no encontraron diferencias significativas entre Índice de Barthel y género.

En otro estudio realizado por Rojas Ocaña et al ⁶¹, en una residencia con 19 adultos mayores al evaluar la capacidad funcional con ABVD, una vez transcurridos 20 días de ingreso a la institución se encontró una media de 92.36, misma que a los 18 meses de ingreso disminuyó a 84.21 puntos; resultado coincidente con el presente estudio en el que al igual disminuyó la media, situación que se traduce en deterioro funcional al egreso hospitalario. Por otra parte la actividad con mayor dependencia en el estudio de Rojas fue en “subir y bajar escaleras” que coincide en ambos sexos en previo al ingreso hospitalario identificado en el presente estudio.

Volviendo al estudio de Mañas y col. en donde realiza también una comparación en la capacidad funcional previo al ingreso y al egreso hospitalario, reporta una disminución del IB dos semanas previas al ingreso hospitalario de 70.9 puntos a 58.6 puntos al alta, la disminución se presentó en 73.8% de los pacientes. Al hacerlo comparativo al estudio que nos ocupa, vemos que también se obtuvo una disminución del IB, sin embargo en el estudio de Mañas los puntajes promedio fueron más bajos, probablemente por la edad de los involucrados que fueron mayores de 80 años y con problemas de tipo médico solamente.

Leno González describe los resultados de un estudio realizado en 32 adultos mayores de 65 años hospitalizados previa al alta hospitalaria y reporta 79% de dependencia y llama la atención que el 19% tenía dependencia total⁶². A diferencia de los hallazgos obtenidos en esta tesis, en la evaluación de la capacidad funcional al egreso hospitalario se obtuvo una prevalencia de dependencia en 72% de los pacientes y sólo un adulto mayor presentó dependencia total.

Es importante resaltar algunos hallazgos encontrados en éste estudio y que no se habían reportado en estudios similares como la asociación encontrada entre la enfermedad invalidante, el tratamiento quirúrgico y cirugía ortopédica con mayor dependencia en los adultos mayores. Como podemos ver estas variables asociadas son no modificables, por lo tanto la forma de intervenir del equipo de salud es dando prioridad a los que presenten estos factores de riesgo para un manejo específico que prevenga el deterioro funcional.

Referente a los resultados sobre calidad de vida se observó que a mayor nivel de escolaridad mayor calidad de vida, esto se puede explicar que al tener una mayor educación se tienen más conocimientos para el autocuidado de la salud y además se puede traducir en ocasiones en una mayor percepción económica, la cual también es un factor determinante de la calidad de vida como se han reportado en estudios previos⁶³.

En México se encontraron estudios de evaluación de calidad de vida en el adulto mayor, como el realizado por Maldonado y Mendiola en Tamaulipas, en donde usaron otro instrumento de medición y reportan un nivel “bajo” de calidad de vida en 36.7%, de los 30 AM incluidos; seguido de “medio” con 33.3% y solo 10% refirió un “alto” nivel de CV; asimismo encontraron mejor calidad de vida en mujeres y a menor edad menor calidad de vida; difiere del presente estudio puesto que aquí se obtuvieron mayores frecuencias en los niveles de “buena” y “excelente” 24.3%, pero se presenta el nivel de “deficiente” con 20.6% que se puede deber a la diversidad de la población de estudio y a diferencia de ellos en éste estudio no hubo asociación entre calidad de vida y género o edad ⁴³.

En un estudio realizado por González Celis y col.⁶⁴, utilizaron la escala WHOQOL-BREF en 194 adultos mayores ambulatorios, obtuvieron el puntaje más alto en el dominio de relaciones sociales (CV=73,989) mientras los puntajes más bajos fueron para salud física (CV= 70,306) y salud psicológica (CV=70,518) y reportan diferencias significativas entre calidad de vida para los enfermos en relación a los no enfermos, sin diferencia para el tipo de enfermedad. En otro estudio en Chile, Urzúa Morales y col., reportan mayor calidad de vida en pacientes que no presentan enfermedad crónica⁶⁵. Sin embargo ambos estudios fueron realizados en pacientes ambulatorios.

A diferencia del presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia y no de enfermedades crónicas con la calidad de vida, aunque un hecho importante puede ser que fue realizado al momento del egreso hospitalario en donde podría justificarse las calificaciones medias obtenidas más bajas y el área física resulta más afectada en ésta etapa de convalecencia, ya que la calidad de vida en la vejez depende del contexto o de las circunstancias en las que se vive .

CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

Se puede concluir que existe cierta prevalencia de deterioro funcional en el adulto mayor en la comunidad y ésta aumenta después de una enfermedad aguda que requiere hospitalización; así también se observa mayor dependencia en mujeres, sin embargo posterior a una hospitalización no hay diferencias de género estadísticamente significativas, y que la ABVD que más dependencia tiene para realizarla es la de "subir y bajar escaleras" tanto en el ámbito comunitario como al egreso hospitalario.

En "continencia urinaria" hubo mayor dependencia para mujeres, y que se identificaron posibles factores de riesgo que se asociaron a mayor dependencia como la enfermedad discapacitante, tratamiento quirúrgico y cirugía ortopédica. En general se observó que las actividades de autocuidado, como son bañarse, comer, vestirse y usar el escusado; y de movilidad subir y bajar escaleras, traslado y caminar, son las más afectadas después de la hospitalización, las cuales son las mínimas necesarias para conservar la autonomía del AM.

Diversos factores pudieron contribuir a la pérdida de la independencia física en los adultos mayores después de la hospitalización, sin embargo no fue el objetivo de éste estudio, por lo que sería importante que se dé ese enfoque en próximos estudios a realizar en adultos mayores.

Con estos resultados los profesionales de Enfermería debemos tomar decisiones dirigidas a minimizar el deterioro funcional secundario a una hospitalización, principalmente en aquellos en que se encontraron variables asociadas a pérdida de independencia.

En los hallazgos en evaluación de calidad de vida del adulto mayor es importante mencionar que el dominio físico es el más comprometido de los cuatro que conforman la calidad de vida, esto se podría atribuir a que se encuentran en una situación de convalecencia, sin embargo como pudimos ver todos los

dominios se encuentran con calificaciones medias bajas, y en general hay heterogeneidad en la percepción de CV al realizar la distribución según niveles.

La capacidad física afecta la calidad de vida principalmente en el dominio físico; se pudo ver que el adulto mayor en esta etapa de hospitalización percibe una calidad de vida aceptable.

A partir de la información obtenida sobre calidad de vida en el AM, lo más importante sería difundir los resultados a las instancias encargadas en cierta manera de contribuir a elevar la calidad de vida del adulto mayor; asimismo se pueden planificar programas preventivos, acciones concretas en salud y reorganizar los servicios de protección en salud para esta población, y con esto colaborar para un envejecimiento exitoso.

CAPÍTULO IX

LIMITANTES

- El bajo nivel de escolaridad de los adultos mayores interfirió en algunos AM para la comprensión de los ítems de la escala de calidad de vida.
- El egreso de los pacientes fuera del horario de recolección disminuyó el tamaño de la población de estudio, ya que no se pudo cubrir por la investigadora mayor tiempo de recolección.
- El instrumento WHOQOL-BREF, aunque tiene propiedades psicométricas adecuadas para la población de adultos mayores, no aborda algunos aspectos importantes a las personas de edad reportadas como una influencia en su calidad de vida como pérdidas sensoriales que limitan sus actividades diarias, la espiritualidad y la participación social.
- Al instrumento WHOQOL-BREF le falta la escala ordinal para evaluar calidad de vida en niveles.

CAPÍTULO X

RECOMENDACIONES

Para el Hospital del ISSSTE:

- Fomentar una nueva cultura del cuidado al adulto mayor hospitalizado en el personal de enfermería, en donde el cuidado sea enfocado a conservar la funcionalidad total y mejorar la calidad de vida.
- Gestionar la formación de recursos humanos especializados en la atención del adulto mayor con enfoque integral.
- Es justificable incluir en la normatividad de los hospitales la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor utilizando el Índice de Barthel o cualquier otro instrumento que se adapte a las instituciones, lo cual es la piedra angular en la atención geriátrica.
- Promover los equipos de valoración y cuidados geriátricos, conformados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos en rehabilitación, psicólogos y nutriólogos para ofrecer un cuidado integral.
- Implementar planes de cuidados estandarizados para la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de la dependencia funcional en el adulto mayor.
- Implementar planes de alta para adultos mayores para facilitar la transición de la atención del hospital al hogar.
- Proporcionar educación para la salud y capacitar al cuidador primario para dotarlo de herramientas básicas para el cuidado del adulto mayor en el hogar.
- Fortalecer el sistema de contrarreferencia de adultos mayores con el primer nivel de atención para un seguimiento adecuado.

Para la facultad de Enfermería:

- Continuar fortaleciendo las líneas de investigación dirigidas al cuidado, principalmente del área geronto-geriátrica.
- Formar recursos humanos para la atención del adulto mayor.
- Promover la investigación clínica desde la formación básica.

Para los investigadores :

- Realizar estudios de intervención para disminuir el riesgo de presentar deterioro de la funcionalidad en el adulto mayor como algún programa de ejercicios y movilidad en pacientes hospitalizados.
- Complementar la investigación sobre calidad de vida con un análisis cualitativo.
- Realizar estudios longitudinales para ver la evolución de la capacidad funcional del adulto mayor al egreso hospitalario.
- Utilizar la escala WHOQOL-OLD que específica para los adultos mayores, que en nuestro caso no se utilizó porque todavía no se encontraba disponible, pero actualmente se encuentra en proceso de validación por el grupo WHOQOL de la OMS.

CAPÍTULO XI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Lammoglia E. Ancianidad ¿Camino sin retorno? Grijalbo 2007, México, D.F.
- ² Ministerio de Sanidad y Consumo. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, Semfyc-ediciones, 2007 p-5. Consultado: 23-sept.- 2008 Disponible en: www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/Prevencion%20Dependencia%20mayores.pdf
- ³ Moruno Miralles P., Romero Ayuso D.M. Actividades de la vida diaria. Barcelona, España : Masson, S.A; 2006.
- ⁴ Peláez M., Pailoni Guido P., Arias E. Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, Informe Preliminar. XXXVI Reunión del comité asesor de investigaciones en salud 2001. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2001.
- ⁵ O`Shea Eamon. La mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social. Francia 2003 Pág. 9 Consultado: 11-Nov.-08 Disponible: en libros on line: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental. WHOQOL Calidad de vida. Año no disponible. Citado : 06-Nov-08 Disponible en: www.envelliment.org/documents/docs/whoqol0001.pdf
- ⁷ González Aragón G. J; Langarica Salazar, R. Syllabus en Gerontología. Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A.C. 1996, México, D.F.
- ⁸ Ruiz Hidalgo D. La valoración geriátrica en los hospitales: de la quimera a la necesidad. Rev Mult Gerontol 2005; 15 (1): 36-39
- ⁹ Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005.
- ¹⁰ Reyes Tépac M. Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050. Subdirección de Economía, Cámara de diputados. Octubre 2006. México, D.F. Consultado: 03 -octubre-2008. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cedia/sia/se/SE-ISS-09-06.pdf

-
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Consultado: 03-octubre-2008 Disponible:
www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2008/poblacion24.doc -
- ¹² Gutiérrez-Robledo L.M. Transición epidemiológica como proceso de cambio. En: Morales Saavedra José Luis, editor. Geriatria. México: Manual Moderno; 2006. Pág. 3-13
- ¹³ Canga Armayor A.D., Narvaiza Solís M.J. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. Gerokomos (Madr., Ed. impr.). [periódico en la Internet]. 2006 Mar [citado 2008 Nov 09]; 17(1): 30-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100003&lng=es&nrm=iso.
- ¹⁴ Garreta Burrel M. Papel de la enfermera en una UFIS de geriatría. Rev Mult Gerontol 2003; 13 (3):182-186
- ¹⁵ Abizanda Soler P. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. Rev Esp Geriatr Geront 2007; 42 (4); 201-211
- ¹⁶ Mañas MD, Marchán E., Conde C., Sánchez S., Sánchez Maroto T y Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna. An Med Interna. 2005; 22 (3) 130-132
- ¹⁷ Rodríguez García R., Morales Virgen E., Encinas Reza J.J., Jaime, Trujillo de los Santos Z. G., D'Hiver W C. (editores) .Geriatria. México:Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2000.
- ¹⁸ Wallace M., Shelkey M. Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. AJN 2008; 108 (4): 64-71
- ¹⁹ Yam Sosa A.V., Candila Celis J., Gómez Aguilar P.I. Calidad de vida: Aspectos conceptuales para su medición. Desarrollo Cientif Enferm. 2009; 17 (4): 177-181
- ²⁰ Lobo A., Santos M.P., Carvalho Joana. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Rev.Esp de Geriatria y Gerontología,2007: 42 (1)
- ²¹ D'Hyver de las Deses C. Proceso de envejecimiento. En: Morales Saavedra José Luis (editor). Geriatria. México: Manual Moderno; 2006. Pág. 15-32

-
- ²² Millán Calenti J.C. Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid, España McGraw Hill Interamericana; 2006.
- ²³ Guillén Llera F., Pérez del Molino M.J., Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona ,España: Elsevier Masson; 2008.
- ²⁴ Lange Lean, Grossman Sheila. Teorías sobre el envejecimiento. En: Kristen L. Mauk, coordinadora. Enfermería geriátrica, competencias asistenciales. Madrid: McGraw Hill/ Interamericana de España; 2008. Pág.45-65
- ²⁵ Medina Beltrán G.R. Fragilidad. En:Rodríguez García R., Coordinadora. Práctica de la Geriatria. 2ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2007, Pág. 117-29.
- ²⁶ Rodríguez García R., Lazcano Botello G. Práctica de la Geriatria. 2ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2007
- ²⁷ Reyes Guerrero Jorge. Evaluación geriátrica integral. En: Morales Saavedra José Luis, editor. Geriatria. México: Manual Moderno; 2006. p 35.
- ²⁸ Salgado Alba A., González Montalvo J.I., Alarcón Alarcón M.T. Fundamentos prácticos de la asistencia del anciano. Barcelona España: Masson 1996.
- ²⁹ López Guzmán J.A. Síndrome de inmovilidad. En: Morales Saavedra J.L., editor. Geriatria. México: Manual Moderno; 2006 , p 519 .
- ³⁰ Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. AJN 2006; 106 (1):58-67
- ³¹ Sánchez-Rosas J. Valoración perioperatoria en el paciente anciano. Revista Mexicana de Anestesiología 2008: 31 Supl. (1) :160-165
- ³² Torres González M. Fisiología del envejecimiento. En: Guillén Llera (coordinador). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.2ª ed. Barcelona: Masson; 2008. pág. 31-44
- ³³ Millan Calenti J.C., Znaidak R. Biología y genética de envejecimiento. En: Millan Calenti, editor. Principios de geriatria y gerontología. Madrid,España: McGraw – Hill-Interamericana; 2006. Págs. 21-40
- ³⁴ Gómez Pacón J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. España: Instituto de Salud Pública; 2003

- ³⁵ Tuesta Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 2005; 21: 76-86
- ³⁶ Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc. enferm.* [online]. dic. 2003, 9 (2) [citado 26 Septiembre 2008], p.09-21. Disponible en la [www: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso>](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-9553.
- ³⁷ Rosales Barrios R., Karyn Dworaczek N. Curso Problemas Regionales y Nacionales de Salud, lecturas seleccionadas. Aproximación a las diferentes perspectivas de calidad de vida. Análisis del debate actual. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa., Arequipa 2006, Consultado: 06-Nov.-08 Disponible: http://biometrika.org/maestría/pryns_texto.pdf
- ³⁸ Yanguas Lezaun J.J. Análisis de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. IMSERSO. Madrid, 2006.
- ⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Naciones Unidas 1982
- ⁴¹ Molina Flores J.I., Gómez Soto V., Garza Garza E.R., Gutiérrez Herrera R. Calidad de vida: salud en el paciente de la tercera edad. RESPYN, 2004 Edición Especial No.4
- ⁴² Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Geront* 2002; 37 (52); 74-105
- ⁴³ Maldonado Guzmán, Mendiola Infante. Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. En *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2009, [citado Septiembre 7 de 2009] Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm
- ⁴⁴ Baztán J.J., Pérez del Molino J., Alarcón T., Sn Cristóbal E., Izquierdo G., Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1993; 28(1) 32-40
- ⁴⁵ Barrero Solís C.L., García Arrijoja S., Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast y Rest Neur*. 2005; 4 (1-2): 81-85

-
- ⁴⁶ Buzzini M., Secundini R., Gazzotti A., Lía Giraldes R., Arbildo Castro R.A., Druetta S., et al. Validación del Índice de Barthel. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP. 6 (1) 2001
- ⁴⁷ Cid-Ruzafa J., Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública, 1997. 71(2): 127-137
- ⁴⁸ World Health Organization. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization;1996. [acceso en Septiembre 03 de 2008]. [18 p]. Disponible en:http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- ⁴⁹ Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res.2004; 13 : 299-310
- ⁵⁰ Von Steinbüchel N., Lischetzke T. Gurny M., Eid M. Assessing quality of life in older people: psychometric properties of the WHOQOL-BREF. Eur J Ageing.2006; 3: 116-122
- ⁵¹ Martínez, I.J.; Dueñas, R.; Onís, M.C.; Aguado, C.; Albert, L.R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med.Clin.(Barc) 2001; 117 (1), Pág. 129-34
- ⁵² Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México 1986.
- ⁵³ WHO- The World Health Organization. WHOQOL User Manual. Geneva, World Health Organization, 1998.
- ⁵⁴ Fabienne Fortin M. El proceso de Investigación: de la concepción a la realización. México, D.F: Mc Graw Hill Interamericana Editores, 1996.
- ⁵⁵ Harris John. Cuestiones éticas en Geriátría. En: Raymond C. Tallis y Howard M. Fillit. Brocklehurst's Geriátría.España: Marbán. 2007 p.273-283.
- ⁵⁶ González Bravo F.E. La estadística básica para las ciencias de la salud, Un manual introductorio. México : Serie Manuales Técnicos, 2005.
- ⁵⁷ Castelo Vega J.M.,Olivera Hermoza R.,Vivanco Ortiz A. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. SITUA.2002; 11(2): 47-52

-
- ⁵⁸ Aguilar Hernández R.M., Félix Alemán A., Martínez Aguilar M.L., Vega Alanís M.C., Quevedo Díaz M.M., Gutiérrez Sánchez G. Dependencia Funcional y Género del Adulto Mayor. *Desarrollo Científ Enferm.* 2007;15 (10) 436-39
- ⁵⁹ Gomez Arqués M.A., Martos A.J., Castellón A. La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15(2):85-91
- ⁶⁰ Mayan Santos J.M. Serie Cuidados avanzados. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2005
- ⁶¹ Rojas Ocaña M.J., Toronjo Gómez A., Rodríguez Ponce C., Rodríguez Rodríguez J.B. autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *GEROKOMOS* 2006; 17(1):6-23
- ⁶² Leno González ,D., Fernández Mateos ,M., Leno González, JL., Lozano Guerrero, MJ. Índice de Barthel: ¿Adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería* N° 14 Octubre 2008 ISSN 1695-6141 consultado: Noviembre-2008, Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/35901/34411>
- ⁶³ Rodríguez Feijóo N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y psicopedagogia.* 2007 ;(17):1-8
- ⁶⁴ González Celis A.L., Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Univ. Psychol.* [online]. 2006, 5 (3) [citado 04 Diciembre 2008], p.501-510. disponible en. World Wide Web: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.
- ⁶⁵ Urzua Morales A. Jarne Esparcia A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Rev. interam. psicol.* [online]. abr. 2008,42 (1) [citado 05 Diciembre 2008], p.151-160. Disponible: World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000100016&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-9690.

CAPITULO XII

ANEXOS

1.- Consentimiento informado

Folio

--	--	--



Hospital General del ISSSTE de San Luis Potosí, S.L.P
Carta de Consentimiento Bajo Información.

San Luis Potosí, a ____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente AUTORIZO y ACEPTO participar de forma voluntaria en el estudio de investigación, que lleva por nombre "CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO", el cual será realizado por la enfermera Nasaria González Reyes; quien me ha explicado el propósito del mismo y, que consiste en responder unos cuestionarios que me aplicará, por lo que no representa riesgo para mi el participar.

Así mismo me ha hecho saber que la información que yo proporcione no llevará mi nombre y que los resultados finales se presentarán en forma conjunta con todos los participantes del estudio.

Por otra parte, también me ha mencionado que de no aceptar participar en el estudio, no afectará en lo absoluto la atención que necesite de parte de los profesionales de la salud, de esta institución.

Lo anterior con base en los artículos 20 y 21 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, que menciona el consentimiento voluntario de participar en un estudio con previa información del participante; a continuación pongo mi firma o huella digital de aceptación.

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE

2.-Escala de Pfeiffer

Folio

--	--	--

Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería

Instrucciones: De lectura textualmente a cada pregunta, mediante entrevista al adulto mayor y conteste 1 (si es falso) y 0 "cero" (si es verdadero)

Edad: _____ Sexo: 1() M 2() F N° de cama. _____

N°	Ítem	Respuesta del Adulto Mayor	Calif.
1	¿En qué fecha estamos. Día, mes y año?		
2	¿En qué día de la semana estamos?		
3	¿En que lugar nos encontramos?		
4	¿Cuál es el número de teléfono que tiene? ¿Cuál es su dirección? (En caso de que no tenga teléfono)		
5	¿Qué edad tiene?		
6	¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
7	¿Cómo se llama el actual presidente de la república?		
8	¿Cómo se llama el anterior presidente?		
9	¿Cómo se llama o llamaba la mamá de usted?		
10	Si de 30 restamos 3 ¿Cuántos quedan? Y si quitamos 3 más, ¿Cuántos quedan? Y si quitamos 3 más ¿Cuántos quedan?		
		Total	

PUNTUACIÓN:

De 0-2 errores: funcionamiento intelectual normal.

De 3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario.

De 8 a 10 errores: Déficit intelectual grave.

En los individuos de instrucción primaria o menos se permite un error en forma adicional.

Hospital General del ISSSTE

Fecha: _____

Nivel de Funcionamiento Intelectual:

3.-Índice de Barthel previo

Folio

--	--	--

Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería

Instrucciones. Interrogue en cada una de las 10 ABVD en cada adulto, enfocado a 2 semanas previas a la hospitalización, solo dando lectura textual a cada pregunta, sin leer las opciones de respuesta, y de acuerdo a las respuestas del paciente, colocara en el recuadro de la derecha, el número que corresponde al valor de la categoría que concuerde con la respuesta del paciente.

Edad _____ Sexo: 1 () M 2 () F N° de Cama: _____
Hospital general del ISSSTE

Actividad	Criterios	Valor
1.- ¿Podía trasladarse de la cama a la silla, solo(a)?		
15	Independiente. Solo se trasladaba del sillón o silla a la cama.	
10	Mínima ayuda física o supervisión para trasladarse del sillón a la cama.	
5	Gran ayuda para trasladarse del sillón a la cama (persona fuerte o entrenada). Era capaz de permanecer sentado sin ayuda.	
0	Dependiente. Necesitaba ayuda de dos personas o grúa; incapaz mantiene sentado por si solo	
2.- ¿Podía caminar, Usted solo(a)?		
15	Independiente. Camina solo 50 metros, puede ayudarse con bastón, muletas o andador. Si utiliza prótesis, era capaz de quitárselas y ponérselas.	
10	Necesitaba ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	
5	Se trasladaba en silla de ruedas sin ayuda, ni supervisión.	
0	Dependiente, Para su traslado con o sin silla de ruedas, requería que lo lleven.	
3.- ¿Podía comer Usted, por sí, solo(a)?		
10	Independiente. Era capaz de comer por sí solo, en menos de 45 minutos.	
5	Comía solo, pero necesitaba ayuda para cortar la carne o la tortilla, untar la mantequilla.	
0	Dependiente. Necesitaba ser alimentado por otra persona.	
4.- ¿Podía vestirse Usted, solo(a)?		
10	Independiente. Era capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abrocharse los botones, o subir el cierre y colocarse otras prendas sin ayuda.	
5	Necesitaba ayuda para la mitad de las tareas para vestirse.	

0	Dependiente. Necesitaba ayuda para más de la mitad de las tareas para vestirse.	
5.- ¿Podía subir y bajar escalones Usted, Solo(a)?		
10	Independiente, para subir y bajar escaleras, sin ayuda de otra persona o supervisión.	
5	Necesitaba ayuda física o supervisión de otra persona para subir o bajar escaleras.	
0	Dependiente, No subía o bajaba escalones.	
6.- ¿Podía bañarse Usted, solo(a)?		
5	Independiente. Era capaz de bañarse solo, usando la regadera o baño. Entraba y salía solo del baño. Podía hacerlo sin estar otra persona.	
0	Dependiente. Requería de ayuda o supervisión para bañarse.	
7.- ¿Podía lavarse las manos Usted, solo(a)?		
5	Independiente. Solo se lavaba las manos o la cara, se peinaba, lavaba la boca, o se rasuraba.	
0	Dependiente. Requería ayuda para su arreglo personal.(lavado de manos, cara, peinarse o rasurarse)	
8.- ¿Sentía cuando quería orinar, siempre?		
10	Continente. Sin episodios de incontinencia urinaria. Si necesitaba sonda o pato, era capaz de atenderse solo	
5	Ocasional. Orinaba sin sentir, por lo menos una vez en 24 horas. Necesitaba ayuda para el cuidado de sonda o colector de orina.	
0	Incontinente. Orinaba sin sentir, más de una vez en 24 horas.	
9.- ¿Sentía cuando quería evacuar o hacer popo, siempre?		
10	Ningún problema de incontinencia para evacuar. Si necesitaba enema o supositorio, se lo administraba solo	
5	Ocasional. Evacuaba sin sentir por lo menos 1 vez por semana. Necesitaba ayuda para enema o supositorio.	
0	Incontinente, evacua sin sentir por lo menos una vez en 24 horas.	
10.- ¿Podía Usted solo(a), usar el escusado?		
10	Independiente. Usaba escusado, bacinilla o cómodo, sin ayuda y sin manchar. Si iba al escusado, se quitaba y se ponía la ropa, se sentaba, se levantaba sin ayuda, y se limpiaba.	
5	Necesitaba ayuda mínima para mantener el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero se limpiaba solo.	
0	Dependiente. Era incapaz de usar el escusado, bacinilla o cómodo por si solo.	
		Puntuación total
		Fecha: _____

4.- Índice de Barthel al alta hospitalaria

Folio

--	--	--

Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería

Instrucciones. Interrogue en cada una de las 10 ABVD en cada adulto, **enfocado al momento** solo dando **lectura textual a cada pregunta**, **sin leer las opciones de respuesta**, y de acuerdo a las respuestas del paciente, colocara en el recuadro de la derecha, **el número** que corresponde al valor de la categoría que concuerde con la respuesta del paciente.

Fecha:		
Actividad	Criterios	Valor
1.- ¿Puede trasladarse de la cama a la silla, solo (a)?		
15	Independiente. Solo se traslada del sillón o silla a la cama.	
10	Mínima ayuda física o supervisión para trasladarse del sillón a la cama	
5	Gran ayuda para trasladarse del sillón a la cama (persona fuerte o entrenada) es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	
0	Dependiente. Necesita ayuda de dos personas o grúa; incapaz de mantenerse sentado por si solo	
2.- ¿Puede caminar, Usted sólo (a)?		
15	Independiente. Camina solo 50 mts. Puede ayudarse con bastón, muletas o andador. Si utiliza prótesis es capaz de quitárselas y ponérselas.	
10	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 mts.	
5	Independiente. Se traslada en silla de ruedas sin ayuda, ni supervisión	
0	Dependiente para su traslado con o sin silla de ruedas, requiere que lo lleven	
3.- ¿Puede comer usted solo (a)?		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo, en menos de 45 minutos.	
5	Come solo pero necesita ayuda para cortar la carne o la tortilla, untar la mantequilla.	
0	Dependiente, necesita ser alimentado por otra persona.	
4.- ¿Puede vestirse usted solo (a)?		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abrocharse los botones, o subir el cierre y colocarse otras prendas sin ayuda	
5	Necesita ayuda para la mitad de las tareas para vestirse.	

0	Dependiente. Necesita ayuda para más de la mitad de las tareas para vestirse	
5.- ¿Puede subir y bajar escaleras usted solo (a)?		
10	Independiente, para subir y bajar escaleras, sin ayuda de otra persona o supervisión.	
5	Necesita ayuda física o supervisión de otra persona para subir o bajar escaleras	
0	Dependiente. No sube o baja escaleras	
6.- ¿Puede bañarse usted solo (a)?		
5	Independiente, capaz de bañarse solo, usando la regadera o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona	
0	Dependiente. Requiere de ayuda o supervisión para bañarse	
7.- ¿Puede lavarse las manos usted solo (a)?		
5	Independiente, solo se lava las manos o la cara, se peina, lava la boca o se rasura	
0	Dependiente. Requiere ayuda para su arreglo personal (lavado de manos, cara, peinarse o rasurarse)	
8.- ¿siente cuando quiere orinar siempre?		
10	Continente. Sin episodios de incontinencia urinaria. Si necesita sonda o pato, es capaz de atender solo.	
5	Ocasional. Orina sin sentir, por lo menos una vez en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de sonda o colector de orina.	
0	Incontinente. Orina sin sentir, más de una vez en 24 horas.	
9.- ¿Siente cuando quiere evacuar o hacer popó siempre?		
10	Ningún problema de incontinencia para evacuar. Si necesita enema o supositorio se lo administra solo	
5	Ocasional. Evacuar sin sentir por lo menos 1 vez por semana. Necesita ayuda para enema o supositorio.	
0	Incontinente. Evacua sin sentir, por lo menos una vez en 24 horas.	
10.- ¿Puede usted solo (a) usar el escusado o cómodo?		
10	Independiente. Usa escusado, bacinilla o cómodo, sin ayuda y sin manchar. Si va al escusado se quita y se pone la ropa, se sienta, se levanta sin ayuda y se limpia.	
5	Necesita ayuda mínima para mantener el equilibrio, quitar y poner la ropa, pero se limpia solo.	
0	Dependiente. Incapaz de usar el escusado, bacinilla o cómodo por si solo	
Puntuación total		
Hospital general del ISSSTE		
Fecha:		

5.- Escala WHOQOL-BREF

Folio

Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro (a) sobre que respuesta dar a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada**. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en éste momento por ejemplo, pensando en éste momento, se puede preguntar:

¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	------------------	---------------------	----------------------	----------------------	------------------------

Haga un círculo en el número que mejor defina cuanto apoyo obtiene de otros. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	------------------	---------------------	----------------------	----------------------	------------------------

Gracias por su ayuda

Por favor lea, cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un circulo en el numero de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta.

						
		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo califica su calidad de vida?	1	2	3	4	5

						
		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuanto** experimenta ciertos hechos.

		0	+	++	+++	++++
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremada Mente
3	¿El dolor de alguna parte del cuerpo le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de tratamiento médico para funcionar en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto siente que su vida tiene sentido o importancia?	1	2	3	4	5
7	¿Qué tanto puede concentrarse en lo que hace?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanto, se siente seguro/a en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Es saludable el ambiente físico donde vive?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o es capaz de hacer ciertas cosas.

		0	+	++	+++	++++
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene fuerza para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Acepta su apariencia física o imagen ?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene la información que necesita diariamente.	1	2	3	4	5
14	¿Tiene oportunidad para realizar actividades de diversión o distracción?	1	2	3	4	5

		0	+	++	+++	++++
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho (a) o bien** se siente en varios aspectos de su vida.

						
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Qué tan satisfecho /a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de todos los días?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo se siente de satisfecho/a con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho/a está con Usted mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho/a está	1	2	3	4	5

	con las relaciones con otras personas?					
21	¿ Qué tan satisfecho/a está con la presencia o ausencia de relación de pareja ?	1	2	3	4	5
22	¿ Cómo se siente de satisfecho/a con el apoyo que tiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿ Qué tan satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿ Qué tan satisfecho/a está con los servicios de salud que tiene?	1	2	3	4	5
25	¿ Qué tan satisfecho/a está con el transporte que tiene ?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted siente o experimenta ciertos hechos.

		0	+	++	+++	++++
		Nunca	Rara-mente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

GRACIAS POR SU AYUDA

Permiso del autor para copiar el trabajo

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor al egreso hospitalario" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

Nombre y firma del autor:

Lic.Enf. Nasaria González Reyes