

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar  
Residencia de Medicina Familiar y comunitaria

Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021



Anteproyecto de Tesis de post grado para optar por el título de Especialista en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante:

Dra. Ana Julia Marte Báez

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (metodológica)

Dra. Claridania Rodríguez (Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional 2022

## Contenido

AGRADECIMIENTOS.

DEDICATORIAS.

RESUMEN.

ABSTRACT.

1. INTRODUCCIÓN .....	1
I.1 El síndrome de fragilidad .....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
III. OBJETIVOS .....	4
III.1. OBJETIVO GENERAL .....	4
III.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
IV. MARCO TEORICO .....	5
IV.1 Historia .....	5
IV.1 Ancianos Frágiles: .....	7
IV.2 ENVEJECIMIENTO MUNDIAL: UN RETO DEL SIGLO XXI .....	8
IV.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA TERCERA EDAD.....	10
IV.4. DECLIVE Y DETERIORO COGNITIVO: INFLUENCIAS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	11
IV.5. MUNDO AFECTIVO-EMOCIONAL: PÉRDIDAS Y GANANCIAS .....	12
IV.6. Situación funcional.....	14
IV.7. Normas de aplicación y puntuación .....	16
VI. 8. Depresión en el anciano .....	17
VI.10. Formas clínicas de la depresión en el anciano.....	18
IV.11. Presentación de la depresión en el anciano.....	18
VI.12. Diagnóstico .....	19
V. HIPOTESIS .....	22
V. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	23
VI. MATERIAL Y MÉTODOS. ....	27
VII.1. Tipo de estudio.....	27

VII.2. Demarcación geográfica.....	27
VII.3. Población. ....	27
VII.4. Diseño y unidad de investigación. ....	27
VII.5. Criterios de inclusión .....	27
VII.6. Criterios de exclusión .....	28
VII.7. Instrumento de recolección de datos. VII.6. Instrumento de la recolección de la muestra.....	28
VII.8. Procedimiento de recolección de los datos.....	28
VII.9. Tabulación y análisis .....	29
VIII. RESULTADOS. ....	30
IX. DISCUSIÓN.....	37
X. CONCLUSIONES. ....	40
XI. RECOMENDACIONES.....	41
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
1-C• Villegas, M. (2002). ....	42
XIII.3.3. Información.....	47
XIII.4. Evaluación.....	48

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A DIOS:**

Gracias padre celestial por haber permitido llegar a cumplir esta gran meta. Gracias por ayudarme a vencer todos los obstáculos encontrados durante todo este tiempo, y darme la fuerza de voluntad para poderlo hacerlo realidad, sin ti hubiera sido imposible haberlo logrado. Gracias Padre amado.

### **Al hospital Dr. Luís Eduardo Aybar:**

Gracias por ser mi casa, abrirme las puertas para mi formación en tan prestigiosa institución.

### **A la Dra. Lucina Llaugel:**

Dra. Lucina Llaugel, gracias por su enseñanza, su orientación y su apoyo le agradezco su confianza en mí, gracias por motivarme cada día a ser mejor.

### **A la coordinadora de la residencia:**

Dra. Gladys soto gracias por su colaboración orientación y decir siempre presente cuando fue necesario, gracias de todo corazón.

### **A la Dra. Venecia Contreras:**

Dra. contreras gracias por compartir conmigo gratos momentos por su empeño y cooperación, gracias.

### **A la asesora:**

Dra. Claridania Rodríguez, gracias por su colaboración y orientación para la realización de esta investigación. Por estar siempre presente, por contestar ese mensaje aunque fuera a deshora, por su gran apoyo, gracias infinitas.

**A todos:**

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para que este proyecto sea hoy una realidad.

## **DEDICATORIAS.**

### **A Dios:**

No hay palabras para darte las gracias padre por enseñarme el camino correcto por ser esa luz que ilumina mi camino cada día.

### **A mi madre:**

Emilia Báez, mami, este triunfo es de las dos porque gracias a ti a tus consejos hoy he podido llegar hasta aquí. Sin ti esto no hubiera sido posible te amo

### **A mi Padre**

Pedro Marte, papi aunque ya no estas con nosotros físicamente se que este logro te hace tan feliz como a mí, sabes que donde quieras que Dios te tenga vives en mi corazón, mi rey.

### **A mis hermanos:**

Marcia y Jesús por estar siempre conmigo, ayudarme y brindarme su apoyo, me siento muy orgullosa de tenerlos en mi vida.

### **A mis sobrinos y sobrina:**

Keylin, Laura y Omar, por ser mis primeros hijos por enseñarme a vivir y reír cuando más lo necesitaba.

### **A mi esposo:**

José Alberto Mesa batista por confiar en mí siempre y motivarme a seguir a delante cada día, gracias amor.

### **A mis hijos:**

Danna Sophia y Pedro Daneury por ser el motor que impulsa mi vida cada día

**A mi cuñado:**

Eusirmivio Núñez por ayudarme y brindarme todo su apoyo.

**A mis amigas de la residencia:**

Adelaida, Yesenia, Elizabeth, Yohanna, Zahira, Ondina, solo ustedes saben todos los trabajos que pasamos juntas hasta lograr esta meta

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia del deterioro emocional y social en pacientes diagnosticados de ancianos frágil según criterios de fragilidad en una residencia de ancianos de castilla la mancha en el periodo enero -abril 2021. El 46.2 por ciento de los pacientes tenían de 80-89 años. Según el sexo, el 56.4 por ciento predominó en el masculino. En relación con el estado civil el 43.6 por ciento era viudo. Según los criterios de fragilidad el 33.4 por ciento presentó algún criterio. En cuanto a la fragilidad el 61.5 por ciento tenía diagnóstico de fragilidad. el 50.4. Con respecto a la capacidad funcional el 41.1 por ciento obtuvo 100 puntos independencia, Según la escala de yesavage, el 48.7 por ciento presentó más de 14 puntos depresión establecida. En relación con el deterioro cognitivo de Pfeiffer el 58.9 por ciento presentó deterioro cognitivo leve.

**Palabras claves:** prevalencia, fragilidad, Barthel., Pfeiffer, yesavage



**ABSTRACT.**

A retrospective and descriptive cross-sectional study was carried out with the aim of determining the prevalence of emotional and social deterioration in patients diagnosed as frail elderly according to frailty criteria in a nursing home in Castilla la Mancha in the period January-April 2021. 46.2 percent of the patients were aged 80-89 years. According to sex, 56.4 percent predominated in the male. In relation to marital status, 43.6 percent were widowed. according to the criteria of fragility, 33.4 percent presented some criterion. As for frailty, 61.5 percent had a diagnosis of frailty. 50.4. With respect to functional capacity, 41.1 percent obtained 100 points of independence, according to the yesavage scale, 48.7 percent presented more than 14 points of established depression. In relation to Pfeiffer's cognitive impairment, 58.9 percent had mild cognitive impairment.

**Keywords:** prevalence, fragility, Barthel., Pfeiffer, yesavage

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el pasado siglo nuestro país, al igual que el resto de los países del mundo, han presentado un envejecimiento progresivo de su población debido principalmente a un aumento significativo de la esperanza de vida y a una disminución importante de la fecundidad, lo que hace que las previsiones para España, en caso de no modificarse las tendencias actuales, sitúen por encima del 30% la población mayor de 65 años para el año 2050 y que la presencia de personas con edades extremas haya dejado de ser una excepción

### 1.1 El síndrome de fragilidad

es un conjunto de síntomas y signos clínicos que se caracterizan por la disminución de la capacidad de reserva de órganos y sistemas, que ocasiona en el individuo grandes pérdidas funcionales ante pequeños cambios. Este síndrome lo sufren algunas personas mayores.

No podemos ignorar el hecho que envejecer es un proceso de deterioro caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica. Se considera como la suma de todos los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo. La esperanza de vida que tenemos actualmente lleva consigo también que se hagan más evidentes los signos de deterioro en la persona mayor. Pero no todos los mayores llegan a esta etapa de la vida en las mismas condiciones físicas y psíquicas. Hay ciertos síntomas que anticipan ese deterioro.

Algunos de los síntomas en los que podemos percibir este síndrome es la pérdida de peso y masa muscular, una disminución de la actividad física, trastornos del equilibrio, caminar más despacio, escasez de fuerza para hacer cosas de la vida diaria, agotamiento diario, disminución de las funciones mentales, tristeza y un ligero síntoma de estar apagado. Los ancianos frágiles tienen más probabilidad de desarrollar dependencia, sufrir caídas y puede ser el final.

Los ancianos en esta etapa de su vida se enfrentan no sólo a cambios físicos o a cambios que involucran un deterioro cognitivo, sino que también es probable que manifiesten ciertos sentimientos de abandono o soledad que podrían ser causados a raíz de que algunas veces sus familiares no los comprenden y más bien los toman como si fueran una “carga”.

Es dable mencionar que si bien es cierto existe un grupo de ancianos que ingresa a un asilo por voluntad propia, un grupo considerable lo hace porque sus familiares los ubicaron en esos lugares; si en dichos centros no se les proporciona un ambiente adecuado y una atención esmerada, el anciano no encontrará en dicho espacio un soporte emocional consistente para atravesar por esta etapa de su vida y podría reflejar sentimientos de depresión, angustia, ansiedad llegando incluso algunas veces a presentar psicopatologías tales como psicosis o neurosis agudas.

## **I.2. Justificación.**

Este trabajo se realiza para conocer la prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia para mayores Buscando con la revisión utilizar técnicas preventivas que eviten las secuelas invalidantes en el adulto mayor y la dependencia, así como pérdida de su calidad de vida.

Es de reconocer que un anciano frágil sufre perturbación en su estado emocional, y debido a ello es importante un ordenamiento de su vida cotidiana por parte de su entorno cercano, en este caso la familia. Al principio cuando aún están capacitados para decidir por sí mismos, puede resultar delicado y difícil, pero cuando son los demás los que deciden por ellos, puede asegurarse una buena organización en su vida que facilitaría los cuidados y la atención que necesitan.

Un anciano frágil, produce una serie de cambios en la vida cotidiana, las necesidades básicas como cambiarles de ropa, ponerles pañales implica que la familia cambie una rutina y estos cambios implican aprendizaje.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En ocasiones, tanto el paciente envejeciente como sus familiares se enfrentan muchas veces al dilema de determinar si las condiciones ameritan el traslado al hospital y o el ingreso a una residencia de mayores lo que puede en muchas ocasiones ser una experiencia frustrante para el adulto mayor o anciano frágil.

Diferentes estudios han demostrado que ciertas patologías son susceptibles de manejo en el hogar

Por tal motivo la atención domiciliaria y el permanecer unido a la familia puede ser un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención a las complicaciones de las diferentes enfermedades que aquejen al adulto mayor. es, además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. Por lo que surge la siguiente interrogante: ¿cuál es la prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia para mayores, en el periodo enero-abril 2021?

### **III. OBJETIVOS**

#### **III.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el Deterioro Emocional y Social en pacientes diagnosticados de Anciano Frágil según los criterios de fragilidad en una residencia de ancianos en el periodo enero-abril 2021

#### **III.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar el sexo más afectado
2. Identificar los ancianos frágiles
3. Identificar la presencia de depresión en los mayores de 65 años
4. Identificar grado de deterioro emocional y social en los ancianos mayores de 65 años
5. Cuantificar los criterios de fragilidad en los mayores de 65 años
6. Determinar la capacidad funcional en los ancianos frágiles

## IV. MARCO TEORICO

### IV.1 Historia

El interés del ser humano en el estudio de los cambios dependientes de la edad, para identificar medidas que posibiliten el bienestar y la extensión de la vida, es una constante histórica. Sin embargo, no se logra prolongar el período vital hasta el siglo XIX, cuando el hombre descubre vías para atenuar el efecto de procesos morbosos que comprometen la supervivencia. Como consecuencia empiezan a emerger las enfermedades y manifestaciones clínicas derivadas de los procesos asociados a la edad y surge la necesidad de separar lo que es enfermedad de lo que es envejecimiento. Se plantea un nuevo reto metodológico en la definición de modelos de investigación dirigidos a delimitar la frontera entre lo normal y lo anormal, lo fisiológico y lo patológico. Aparecen dos ciencias complementarias: la gerontología, que estudia el envejecimiento en condiciones biológicas de normalidad, y la geriatría, comprometida con todos los aspectos relacionados con la enfermedad en la vejez. Ambas ciencias convergen en la idea de distinguir entre el envejecimiento habitual (*usual ageing*) y el envejecimiento exitoso (*successful ageing*), modificando ambas su enfoque hacia la prevención de la incapacidad y el estudio de la capacidad funcional, nexo entre la expectativa de vida y la calidad de vida.

Actualmente la expectativa de vida de una persona que ha alcanzado los 65 años, en los países occidentales, es de alrededor de quince años en los hombres y veinte para las mujeres, de los cuales, cuatro en los hombres y siete en las mujeres se caracterizan por una restricción en el nivel de actividad, en relación en la mitad de los casos con alguna discapacidad. En España, el 70% de los mayores de 65 años está funcionalmente bien y sólo el 10% presenta deterioro funcional (definido como la incapacidad de cuidarse de uno mismo), que es la primera causa de institucionalización y de uso desproporcionado de los servicios sanitarios por parte de la población anciana.

Históricamente, en la geriatría, ha existido cierta confusión para definir y cuantificar lo que es su razón de ser: la atención médica de una etapa vital caracterizada por una reducción multisistémica de la capacidad fisiológica de un individuo, con la finalidad de posponer su principal consecuencia: la pérdida de autonomía y de calidad de vida. Los primeros trabajos encaminados a detectar de forma precoz el deterioro utilizaban términos como “anciano vulnerable” o “anciano de riesgo”. Posteriormente se implantó el término de “anciano frágil”. Actualmente se estima que el 10-25% de los mayores de 65 años son frágiles y que ésta proporción va en aumento. En el *Libro blanco de la salud en la vejez de la Asociación Americana de Médicos (AMA) (AMA white paper in elderly health)* el 46% de los mayores de 85 años que viven en la comunidad cumplen criterios de fragilidad.

Es un concepto relativamente nuevo, ya que es al final de los ochenta cuando comienza a aparecer en la literatura especializada y a finales de los noventa es uno de los temas que más atención y número de estudios suscita, casi todos ellos relacionados con su definición o su medición. Sin embargo la existencia de múltiples reflexiones sobre su naturaleza y los factores que pueden influir en ella, ha generado confusión, al utilizarlo de forma indiscriminada como sinónimo de: deterioro funcional y pérdida de movilidad; alteración del estado mental; mal estado de salud con enfermedades agudas o crónicas; dependencia y necesidad de institucionalización; individuos muy viejos; etc.

Inicialmente, Brocklehurst en 1985, describe la fragilidad como la existencia de un equilibrio entre múltiples factores positivos y negativos, tanto médicos como psicológicos y sociales, que hacen que el individuo mantenga su independencia. La fragilidad aparece ante la ruptura de este equilibrio y entonces aumenta el riesgo de institucionalización y muerte. Diversos autores modifican esta teoría, pero siempre se enfatiza el carácter social y es considerado frágil aquel anciano con riesgo de institucionalización. Los estudios se encaminan a la detección

precoz de discapacidad y dependencia funcional que luego suponga necesidad de cuidados a largo plazo.

En 1992 Buchner y Wagner definen la fragilidad como aquella situación inestable resultante de la reducción en la capacidad de reserva, que hace aumentar el riesgo de incapacidad y muerte ante un estrés externo menor, por imposibilidad para mantener la homeostasis. Este modelo considera una etapa previa donde todavía no hay pérdida de actividades de la vida diaria y los déficits que haya pueden estar compensados por estrategias alternativas. No hay discapacidad, y supone que el anciano frágil está más cerca del sano y aboga por una detección más precoz de la fragilidad.

Aparecen más tarde teorías integradoras, que entienden la fragilidad desde un punto de vista dinámico, ya que existirán individuos en estadios precoces subclínicos, con alteraciones fisiológicas mínimas, difíciles de detectar, y otros con mayor afectación y más fáciles de identificar.

#### **IV.1 Ancianos Frágiles:**

El concepto de fragilidad, entendido de modo independiente a la incapacidad, es un concepto multifactorial. Como causas mayores de incapacidad cabe citar: inmovilidad, caídas, demencia, depresión; incontinencia, disfunción sexual, inmunodeficiencias, infecciones, malnutrición, estreñimiento, iatrogénica, insomnio, alteraciones en los órganos de los sentidos. La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte. "La manera más eficaz de afrontarlo es trabajando sobre la fragilidad: manejándola se evita la discapacidad. Los ancianos que se caen son tres veces más frágiles que los demás. Las consecuencias son la mortalidad, la discapacidad, mayor tasa de hospitalización, de incapacitación permanente y mayor uso de recursos sanitarios"



## **IV.2 ENVEJECIMIENTO MUNDIAL: UN RETO DEL SIGLO XXI**

Los cambios en el desarrollo cognoscitivo y emocional a lo largo de toda la vida expresan la diversidad del carácter individual de lo psíquico y el envejecimiento no escapa a esta condición. Cada persona como protagonista de su historia de vida, dispone de recursos con los cuales auto dirige y participa en su propio desarrollo; pero el envejecimiento es también una creación y un fenómeno sociocultural, la determinación social atraviesa lo individualidad donde es reelaborada al tomar un sentido personal, convirtiéndose entonces en factor de desarrollo.

La llamada “Tercera Edad” conocida también con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido poco estudiada por los teóricos del desarrollo y como tendencia se presenta como etapa de involución, determinada por pérdidas o trastornos de los sistemas sensorio-motrices y no como una auténtica etapa del desarrollo humano.

Este período atareo se ubica alrededor de los 60 años, asociado al evento de la jubilación laboral; y ya hoy comienza a hablarse de una llamada cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años.

La sociedad actual no dispone todavía de una cultura de la vejez, lo que hace que en muchos contextos culturales el adulto mayor no sea bien valorado, y sea considerado como alguien que llega a su fin y no como alguien que tiene el mérito de haber recorrido un largo camino.

Esta situación se refleja en el llamado modelo del viejismo y el paradigma del cuerpo joven, imperando por un lado el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia y por la otra, la preferencia por el cuerpo joven, excesivamente delgado y muy lejos de todo lo que pueda ser arrugas y defectos. Cuántas veces escuchamos la frase “que malo es llegar a viejo”, sin embargo, la aspiración de una larga vida es el deseo de todo ser humano, independientemente de la época y la cultura.

En los países primer mundistas se han realizado diversas investigaciones acerca de esta etapa y el mejoramiento de la calidad de vida de la misma, debido al aumento de la esperanza de vida y gran descenso en las tasas de natalidad experimentados en los últimos años, ya que estadísticamente la tradicional pirámide poblacional se está invirtiendo, de tal manera que en la actualidad prevalecen más las personas mayores que los niños y jóvenes, lo cual va indicando que la población está envejeciendo a un ritmo acelerado (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999). Al respecto, en países europeos como España, Grecia, Portugal e Italia se aprecia desde la década de 1970 un aumento acelerado del proceso de envejecimiento y además, se suman las regiones de Asia y el Pacífico como las zonas más envejecidas.

La región de América Latina y el Caribe tampoco está exenta de este proceso de envejecimiento mundial, sobre todo en los últimos 50 años. Según un estudio de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la proporción de personas mayores de 60 años se incrementará en las próximas décadas en un 3,5%, cifra que rebasa la tasa de crecimiento de la población total. (Villegas, 2002).

La preocupación por los ancianos y su estilo de vida en la sociedad cambiante de hoy en día, es tema de interés de instituciones gubernamentales, universidades, y de grupos privados de distintas orientaciones. Al respecto se considera importante resaltar algunas situaciones que se encuentran caracterizando al fenómeno de la ancianidad en diferentes latitudes:

La necesidad de prever el apoyo en la ancianidad es un factor que está influyendo en la formación de las familias. En esto intervienen los valores culturales, tenencia de bienes y herencia, así como también las diferentes expectativas hacia los hijos varones y las hijas hembras, la jubilación y el apoyo social. En la actualidad, sin embargo, los padres reconocen que tener grandes cantidades de hijos no devuelve la inversión y el costo que éstos implican, con respecto a una posterior manutención de sus padres.

Aumentan las familias de 3 generaciones. A medida que va aumentando la longevidad y se va aplazando la edad de tener hijos, las familias pueden tener a su cargo a progenitores ancianos y a niños de corta edad. Hay menos hermanos y hermanas y la familia tiende a hacerse pequeña. A la vez aumentan los divorcios y aparecen nuevas familias y otras redes de parientes, por lo cual comienzan a tener más importancia los vínculos basados en el afecto o los que se establecen de forma voluntaria. (Orosa, 2001).

Y en los lugares donde ha aumentado considerablemente la esperanza de vida y disminuido la tasa de fecundidad, son mayores los cambios del curso típico de la vida. Tal es el caso de Japón, por ejemplo, donde las personas viven más tiempo antes de tener hijos y después de ser jubilados.

El proceso de envejecimiento poblacional requiere una nueva posición psicológica, sociológica y actitudinal ante la vida. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen comprender y aceptar los nuevos límites de las posibilidades físicas y dedicar el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes era frecuente relegar con la intención de lograr una mejor calidad de vida.

### **IV.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA TERCERA EDAD**

Sobre la vejez se han elaborado muchas leyendas, así como una diversidad de interesantes aforismos que tratan de definirla. Uno de los líderes del protestantismo, Martín Lutero, sentenció sobriamente: “La vejez es la muerte en vida”, lo que estaba en el espíritu de la época y los contemporáneos compartían. Hoy son más populares los axiomas al estilo del ligero humor francés, como el que pertenece a André Maurois: “La vejez es una mala costumbre para la que las personas activas no tienen tiempo” (Whitman, 1976). Entre estos dos puntos de vista extremos se ubican múltiples opiniones, cada una de las cuales tiene su aspecto razonable, su justificación empírica, su sentido e importancia.

Desde un punto de vista psicológico, en la Tercera Edad se aprecian cambios en las distintas esferas de la personalidad del anciano que la distinguen de otras etapas del desarrollo.

Sin la intención de abarcar todas las aristas de esta etapa de la vida, ni pretender agotar las posibles condiciones que la caracterizan, señalemos algunos elementos que permitan comprender cuáles recursos se demandan en función de los retos a enfrentar en este período.

#### **IV.4. DECLIVE Y DETERIORO COGNITIVO: INFLUENCIAS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

Al estudiar el clásico patrón de envejecimiento se hace referencia a un declive del funcionamiento cognitivo. Aunque la variabilidad interindividual es notable, existen sujetos que no sufren ningún declive, mientras que otros muestran más amplios y extensos decrementos en su funcionamiento intelectual.

La hipótesis central de Cattell y Horn (1982) es que en el proceso de envejecimiento la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de experiencias, puede notar un incremento o por lo menos se mantendría, mientras que la inteligencia fluida tiende a declinar con el paso de los años, ya que la misma depende de la capacidad de evolucionar y adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas. De este modo se explica que la memoria (por lo menos la de largo plazo) y el conocimiento experiencial se convierten en los principales recursos cognitivos a que apelan las personas a medida que envejecen para afrontar tareas que involucren sus capacidades intelectuales.

Diferentes teorías apuntan, que aunque el envejecimiento equivale a deterioro, daño o enfermedad, es posible diferenciar el envejecimiento “normal” o “sano” del envejecimiento “patológico” o envejecimiento con “deterioro o enfermedad”. Si bien es cierto que el envejecimiento se refiere a diversos cambios que se dan en el transcurso de la vida individual y que implican declives estructurales y funcionales,

o sea, disminución de la vitalidad; ello no significa que tal disminución o declive equivalga forzosamente a alteraciones patológicas.

Es importante saber que envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad. El envejecimiento implica una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida.

#### **IV.5. MUNDO AFECTIVO-EMOCIONAL: PÉRDIDAS Y GANANCIAS**

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neo formaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una concepción del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

Algunos estudiosos perciben la muerte como la última crisis de la vida, ya que la misma es el punto culminante de la vida; todo se encamina hacia ella. Se podría ver la vida entera como una preparación para la muerte; aunque cuando la enfrentamos estemos ante la verdadera prueba de madurez de lo aprendido a lo largo de los años, lo cual puede ser puesto a prueba en ese momento decisivo en el que hacemos frente a duelos y rupturas difíciles, pero irremediables. Así este temor o miedo a la muerte será una especie de miedo al examen de la vida, al

mayor de los exámenes, aunque también se esté ante el mayor de los miedos el cual se va acrecentando en la medida en que transcurren los años.

Con respecto a la soledad, que según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo, se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea. Entonces no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor.

Estas aristas de interés que muestran respecto al tema de la muerte y el sentimiento de soledad, reflejan dos de las principales preocupaciones que más aquejan al anciano en su cotidiano de vida, a las cuales se unen otras como los conflictos intergeneracionales, la jubilación, los problemas de salud y el empleo del tiempo libre.

De los llamados “conflictos intergeneracionales” se tiene mucha tela por donde cortar, fundamentalmente porque los adultos mayores se ven expuestos a enfrentar la experiencia de los años vividos con diversos criterios y opiniones de la adolescencia y juventud. Por ello suelen verse inmersos en diversos conflictos matizados por barreras comunicativas, prejuicios y estereotipos que desencadenan sentimientos de malestar y sufrimiento en todas direcciones; la convivencia se ve afectada en muchos casos por la falta de comunicación, de tolerancia y benevolencia.

La jubilación también constituye un tema preocupante en este período etario, ya que muchas mujeres y hombres llegan a la edad establecida para la jubilación sintiéndose aún a plenitud para seguir desarrollándose dentro del ámbito laboral. Frecuentemente se encuentran personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se aprecian bien a sí mismos, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a

gente más joven y nueva, y que deben retirarse. Este sentimiento en la mayoría de las ocasiones le trasfiere al anciano una gran frustración que muchas veces suele acompañarlo en su diario vivir, entorpeciendo su eficiente desenvolvimiento posterior a la jubilación.

Cuando la persona está preparada para decir adiós a su vida laboral activa y dar la bienvenida a las nuevas situaciones, la afectación es menor, encuentra su nuevo espacio en el hogar y la comunidad y conserva su autonomía y autoestima.

Los problemas de salud también configuran el marco de las principales preocupaciones de la adultez mayor, entrelazadas con el cierto deterioro físico al que se ven expuestos los ancianos y a través del cual vislumbran los últimos albores de su vida. La enfermedad es percibida como un freno, el dolor que puede ponerle fin a la existencia, de ahí que se preocupen constantemente por sus dolencias y malestares, abogando por la salud de otros tiempos

Algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre. En la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos Situación funcional y sus indicadores

#### **IV.6. Situación funcional**

es uno de los mejores indicadores de su estado de salud y predictor de morbimortalidad. Su valoración es fundamental para planificar las atenciones geriátricas que precise. Su objetivo es cualificar y cuantificar el grado de deterioro funcional, además de su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, valorando su dependencia social. Podemos clasificarlas en 3 grupos: las

actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales y las actividades avanzadas de la vida diaria, medidas todas por diferentes índices.

En el caso de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son las elementales para llevar una vida independiente como comer, vestirse, asearse, levantarse de la cama o caminar. Se utilizan métodos de valoración como el índice de KATZ y el de Barthel, este último el que se utilizará en este estudio por ser el más utilizado internacionalmente.

Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), se plantea ya funciones más elaboradas como realizar tareas domésticas, uso del teléfono, transportes públicos y manejo de dinero. Para esta valoración se usan índices como el de Lawton y Brody.

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) ya son acciones más intensas propias de edades más jóvenes, como hacer deportes y viajar, requiriendo un alto grado de independencia funcional.<sup>28</sup>

El índice de Barthel fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965), este índice consta de diez parámetros que miden las Actividades Básicas de la Vida Diaria, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

En 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países.

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las Actividades Básicas de la Vida Diaria más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y por los autores británicos. En España, es la



escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación.

La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales.<sup>28</sup>

#### **IV.7. Normas de aplicación y puntuación**

El Índice de Barthel valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala:

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia).

Fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Puede ser repetido periódicamente. Fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales.

## **VI. 8. Depresión en el anciano**

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable.

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.<sup>33</sup>

## **VI.9. Epidemiología**

Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: los hospitalizados (11%-45%), institucionalizados (30%-75%), los enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómico desfavorecidos.

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud

que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardiaca, tumoral).

#### **VI.10. Formas clínicas de la depresión en el anciano**

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor musculoesquelético difuso, cefalea, parestesias..., por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud).

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte.<sup>34</sup>

#### **IV.11. Presentación de la depresión en el anciano**

La presentación clínica puede ser diferente: enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, baja conciencia de enfermedad, ausencia de historia familiar de trastornos depresivos, minusvalía física, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, alteración en la nominación, menor iniciativa y perseverancia), disminución de interés por las actividades, mayor anhedonia, riesgo aumentado de desarrollar síndrome confusional agudo.

Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia.

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón. El anciano depresivo con ideas suicidas es menos predecible y, por lo tanto, más difícil de prevenir. Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud.<sup>34</sup>

## **VI.12. Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos son idénticos para todos los grupos de edad y, como hemos visto en el anciano, podemos encontrar singularidades en la presentación con respecto a los jóvenes. La historia clínica acerca de síntomas depresivos o el uso de escalas pueden ser de utilidad para el diagnóstico de depresión en el anciano; alta prevalencia de síntomas físicos y enfermedades médicas asociadas en este grupo de pacientes. Síntomas inespecíficos pueden sugerir depresión. Fármacos usados en patologías médicas pueden considerarse causas potenciales de los síntomas y signos de la depresión. Por todo ello, es fundamental hacer una buena historia clínica que incluya síntomas (sintomatología actual y factores desencadenantes), antecedentes (familiares y personales, respuesta a tratamientos previos) y consumo de sustancias; exploración física; exploración psicopatológica (alteraciones del humor y estado afectivo, alteraciones de la conducta, apariencia y motricidad, alteraciones de la percepción y del pensamiento, autoestima y culpa e ideación autolítica); exploración cognitiva; pruebas complementarias (hemograma, analítica de orina, iones, urea, glucosa, creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico) y pruebas psicométricas. Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas

depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano. Entre las más utilizadas, se pueden citar: Escala de Hamilton para la Depresión, Escala Auto aplicada de Zung, Escala de Depresión de *Montgomeri-Asberg* y la *Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage*. En ancianos con demencia es destacable la escala de Cornell, diseñada específicamente para depresión en demencia.

Signos para detectar depresión en pacientes con demencia:

- Apariencia triste.
- Baja reactividad ambiental.
- Agitación diurna.
- Ansiedad afectiva (llanto...).
- Lentitud del lenguaje.
- Demanda excesiva de atención.
- Retraso psicomotor.
- Autoagresiones.
- Pérdida de apetito.
- Gritos con contenido depresivo.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor.

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.

- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

## **V. HIPOTESIS**

La prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia para mayores es alta.

## V. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la muerte	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	-	Años cumplidos 60-69 70-79 80-89 90 o mas	Cuantitativo
Sexo	Conjunto de características físicas y constitutivas del hombre y de la mujer.	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, según lo que responda el encuestado y/o a través de la observación	-Femenino -Masculino	Observación de las características externas	Cualitativo
Estado Civil	Estado en que se encuentra la persona en relación al sexo opuesto		-	Soltero Casado Divorciado Viudo	Cualitativo
Capacidad	Son las posibilidades	Evalúa la autonomía	- Dependencia	Medición por el índice	Cualitativo



funcional	que tiene el organismo para enfrentarse con el medio en que se desarrollan sus actividades.	para realizar actividades básicas de la vida diaria.	total < 20 - Dependencia grave: 20-35 - Dependencia moderada: 40-55 - Dependencia leve : ≥ 60 - Independiente: 100	de Barthel.	
Criterio de fragilidad	Se refieren a condiciones de salud multifactoriales, que pueden encontrarse en el paciente anciano		-Mayor de 80 años. -Vive solo -Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año). -Patología crónica invalidante. Fundamentalmente: ACV Cardiopatía isquémica Enfermedad de Parkinson Artrosis o Enfermedad osteoarticular avanzada Déficit auditivo o		Cualitativo

			visual importantes.		
Deterioro emocional	Es una reacción psicofisiológica que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo		<p>Cambio notable del apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de l sueño</li> <li>-Dolores sin fundamento</li> <li>-Falta de energía</li> <li>-Tristeza constante</li> <li>-Llorar sin motivo</li> <li>-Indiferencia</li> </ul> <p>-Sentimiento de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desesperanza</li> <li>-Indecisión</li> <li>- Pensamientos de muerte o suicidio.</li> </ul>	Observación de la forma de comportamiento	Cualitativo

			<ul style="list-style-type: none"><li>-Abuso del alcohol o drogas</li><li>-Descuido en la apariencia personal, higiene.</li><li>Pérdida de interés en actividades que le gustaban</li></ul>		
--	--	--	---	--	--

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **VII.1. Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia del deterioro emocional y social de los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia para mayores en Comunidad de castilla la mancha en el periodo enero -abril 2021(Ver anexo X111.1. Cronograma).

### **VII.2. Demarcación geográfica.**

El estudio tuvo como escenario geográfico la residencia de mayores de la comunidad de castilla la mancha, ubicada en camino cuesta blanca s/n.

### **VII.3. Población.**

Estuvo constituido por todas las personas mayores de 65 años que vivan en esta residencia durante el periodo en estudio.

### **VII.4. Diseño y unidad de investigación.**

Se utilizarán cuestionarios y escalas para la detección de ancianos frágiles el cual se aplicó a todos los mayores de 65 años que se encontraban en esta residencia durante el periodo enero-abril 2021.

La unidad de análisis de esta investigación son todas las personas que tienen más de 65 años

### **VII.5. Criterios de inclusión**

1. Mayor de 65 años
2. Que tenga criterio de fragilidad.
3. Que no se niegue a participar en el estudio
4. que presente algún síntoma de deterioro emocional

## **VII.6. Criterios de exclusión**

1. Mayor de 65 años que se niegue a participar en el estudio
2. Mayor de 65 años que no sea frágil
3. que no presente algún criterio de fragilidad
4. que no presenten deterioro emocional

## **VII.7. Instrumento de recolección de datos. VII.6. Instrumento de la recolección de la muestra**

Se realizara mediante tablas y escalas diseñadas para tales fines, con las cuales se recogerá información como edad, sexo, , estado civil capacidad para realizar actividades de la vida diaria como vestirse , alimentarse, aseo personal, deposición , de ambulación , subida de escaleras, traslado de la cama a sillón. se aplicará conjuntamente la escala geriátrica de depresión abreviada la cual consta de 15 preguntas con repuestas de si o no en la cual cada pregunta tendrá una puntuación de 1 punto

## **VII.8. Procedimiento de recolección de los datos.**

se registrarán los síndromes geriátricos constituidos por una serie de condiciones objetivas y subjetivas, se le pregunta al paciente si las padece contestando este afirmativo o negativo. Después realizaremos las escalas de Barthel, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones según la capacidad del

sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades; éstas se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos, pudiendo variar el rango global entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas), donde los temas de deposición y micción, se deberán valorar respecto a la semana previa. Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia: Dependencia total < 20, grave = 20 a 35, moderada = 40 a 55, leve > 60 y dependiente =100. La escala de la cruz roja evalúa la capacidad funcional y mental del paciente, la puntuación va de 0 a 5 donde 0 es totalmente normal y 5 totalmente dependiente para la capacidad funcional y de igual forma para la valoración mental, 0 es normal y 5 vida vegetativa. también utilizaremos la escala de depresión abreviada de yesavaje la cual consiste en preguntar al paciente sobre su vida personal y sentimental, consta de 15 preguntas, el paciente debe responder afirmativo o negativo siendo normal de 0 a 4 y depresión de 5 o más.

### **VII.9. Tabulación y análisis**

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron sometidos a revisión para su procesamiento y tabulación para lo que se utilizará el programa Epi-Info.

### **VII.10. Aspectos éticos**

La información a manejar fue estrictamente confidencial, así como los nombres de los pacientes involucrados en el estudio.

## VIII. RESULTADOS.

Cuadro 1. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 Según edad.

Edad en años	Hombres y mujeres					
	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
65-69	2	5.1	3	7.7	5	12.8
70-79	3	7.7	4	10.3	7	17.9
80-89	8	31.2	10	25.7	18	46.2
90 o mas	4	10.3	5	12.8	9	23.1
					39	100.00

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

En las mujeres el 31.2 por ciento tenían de 80-89 años, el 10.3 por ciento de 90 o más años, el 7.7 por ciento de 70-79 años, el 5.1 por ciento de 65-69 años.

En los hombres el 25.7 por ciento tenían de 80-89 años, el 12.8 por ciento de 90 o más años, el 10.3 por ciento de 70-79 años, el 7.7 por ciento de 65-69 años.

El total de edades fue de 80-89 años con un 46.2 por ciento, de 90 o más años con un 23.1 por ciento, de 70-79 años con un 17.9 por ciento, de 65-69 años con un 12.8 por ciento.

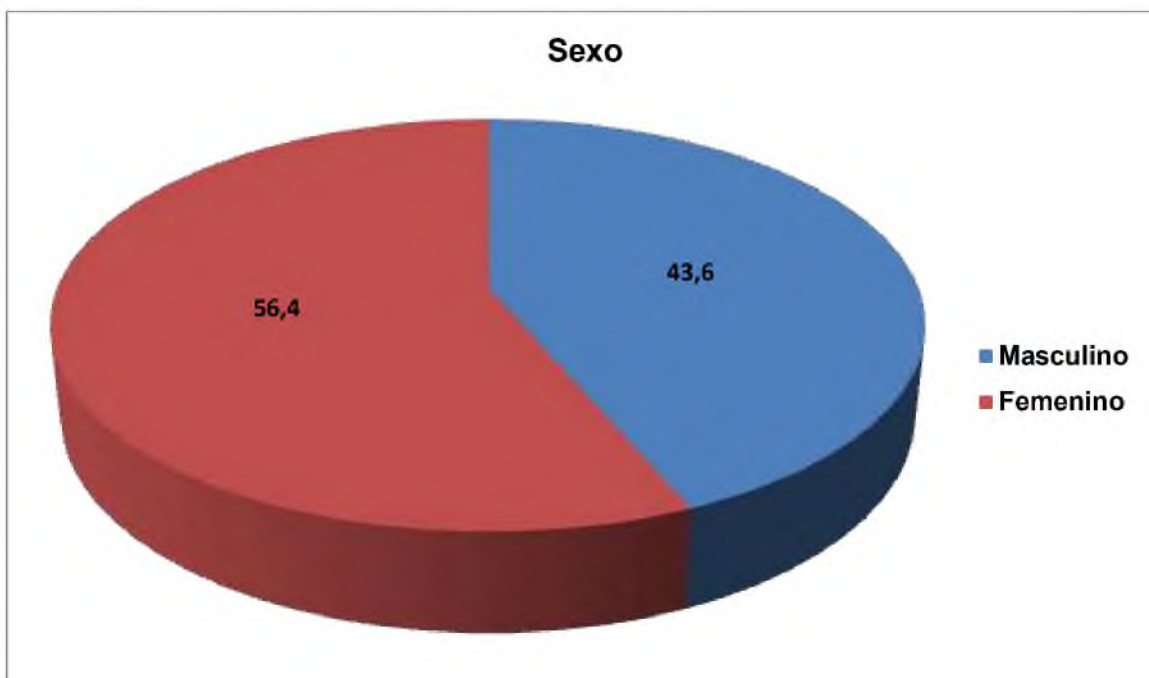
Cuadro 2. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	17	43.6
Femenino	22	56.4
Total	39	100.0

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

El 43.6 por ciento de los pacientes eran masculinos y el 56.4 por ciento femenino.

Gráfico 2. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 . Según sexo.



Fuente: cuadro 2.

Cuadro 3. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 .Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	12	30.8
Casado	4	10.2
Divorciado	6	15.4
Viudo	17	43.6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

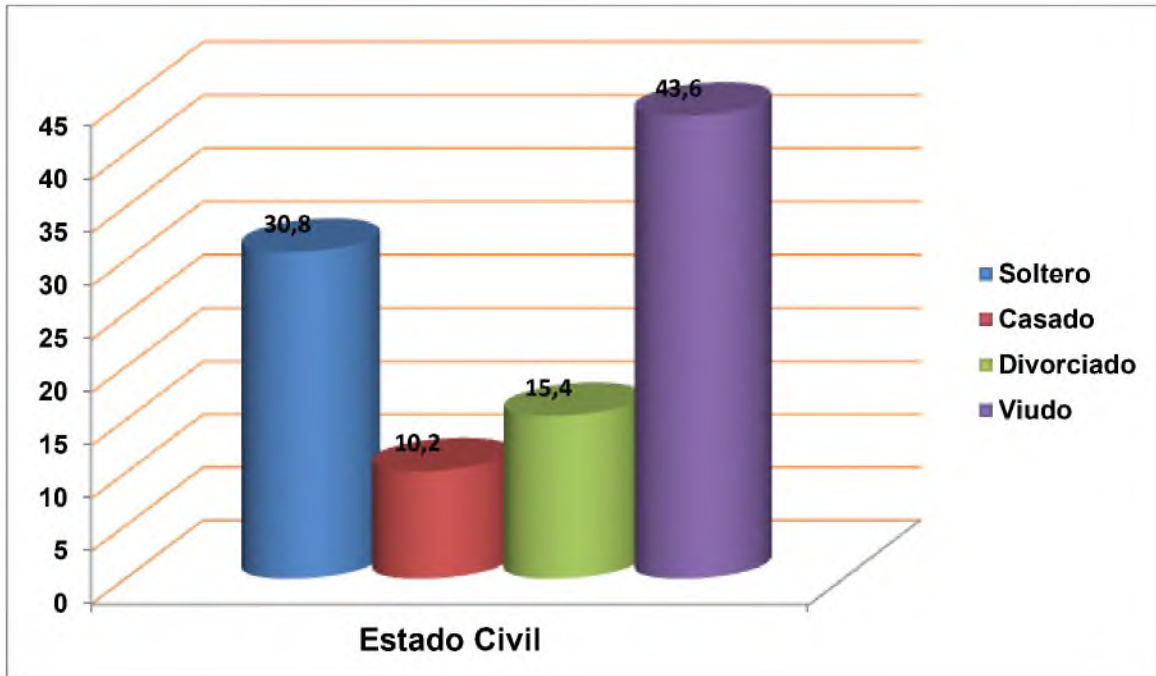
Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.



El 43.6 por ciento de los pacientes era viudo, el 30.8 por ciento soltero , el 15.4 por ciento divorciado y el 10.2 por ciento casad.

Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos fragiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021

Grafico 3 . Según Estado Civil.



Fuente: cuadro 3.

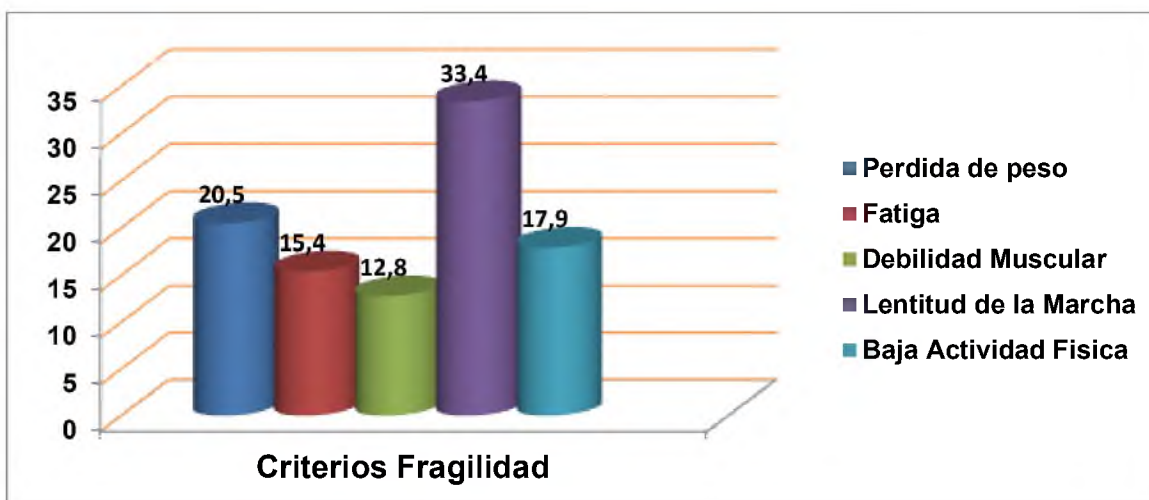
Cuadro 4. Se Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos fragiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 Según Criterio de Fragilidad.

Criterios Fragilidad	Frecuencia	%
Pérdida de peso	8	20.5
Fatiga	6	15.4
Debilidad Muscular	5	12.8
Lentitud de la Marcha	13	33.4
Baja Actividad Fisica	7	17.9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

El 33.4. por ciento de los pacientes presentaba lentitud en la marcha, el 20.5 por ciento pérdida de peso, el 17.9 por ciento baja actividad física, el 15.4 por ciento fatiga, el 12.8 por ciento debilidades musculares.

Gráfico 4. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 Según criterio de Fragilidad.



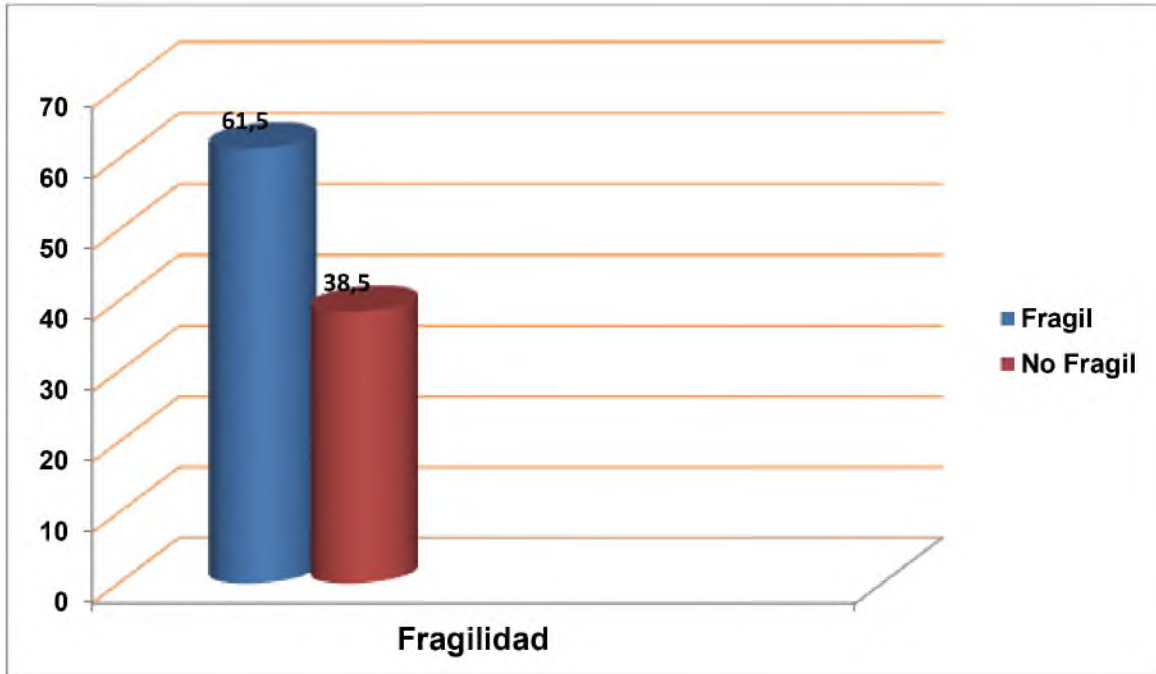
Fuente: cuadro 4.

Cuadro 5. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021. Según diagnóstico de fragilidad

Fragilidad	Hombres frecuencia	%	Mujeres frecuencia	%	Frecuencia	Total
Frágil	14	35.9	10	25.7	24	61.5
No Frágil	6	15.4	9	23.0	15	38.5
					39	100.00

El 61.5 por ciento era considerado frágil. el 38.5 por ciento no frágil

Gráfico 5. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021. Según diagnostico Fragilidad



Fuente: cuadro 5.

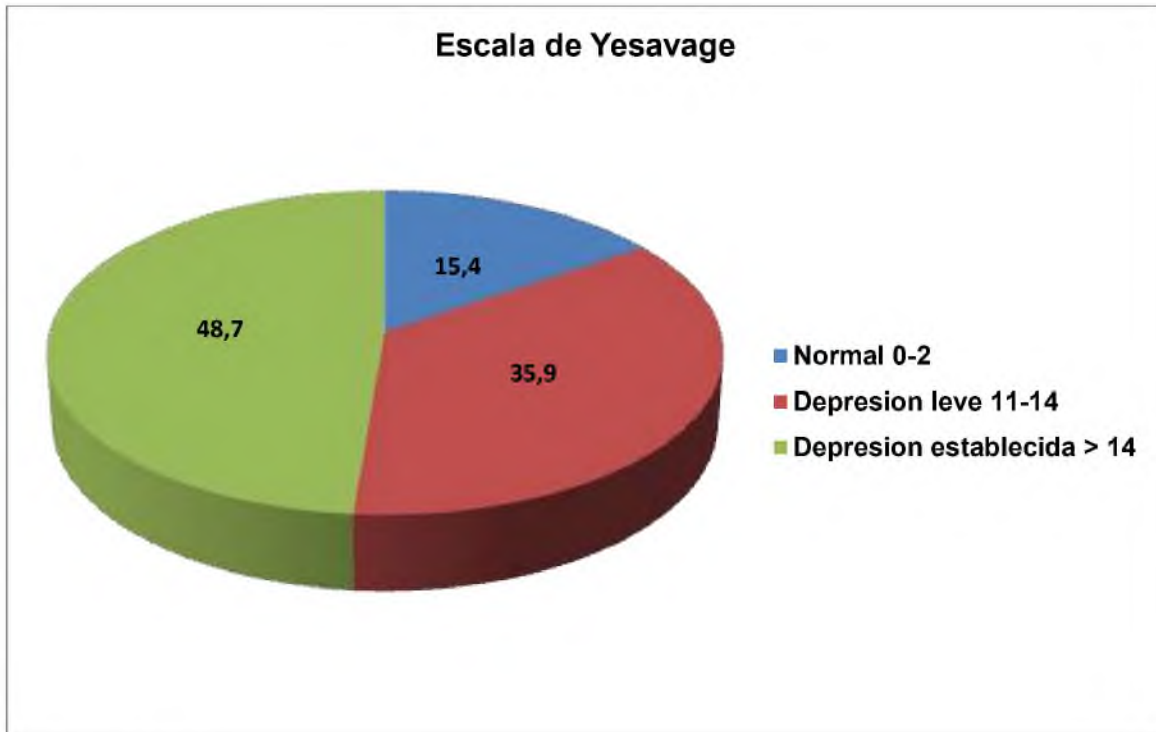
Cuadro 6. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 según Escala de Yesavage

Escala de Yesavage	Frecuencia	%
Normal 0-10	6	15.4
Depresión leve 11-14	23	35.9
Depresión establecida > 14	10	48.7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

En cuanto a la escala de yesavage el 48.7 por ciento presentaba depresión establecida, el 35.9 por ciento depresión y el 15.4 por ciento normal.

Gráfico 6. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021. Según Escala de Yesavage.



Fuente: cuadro 6.

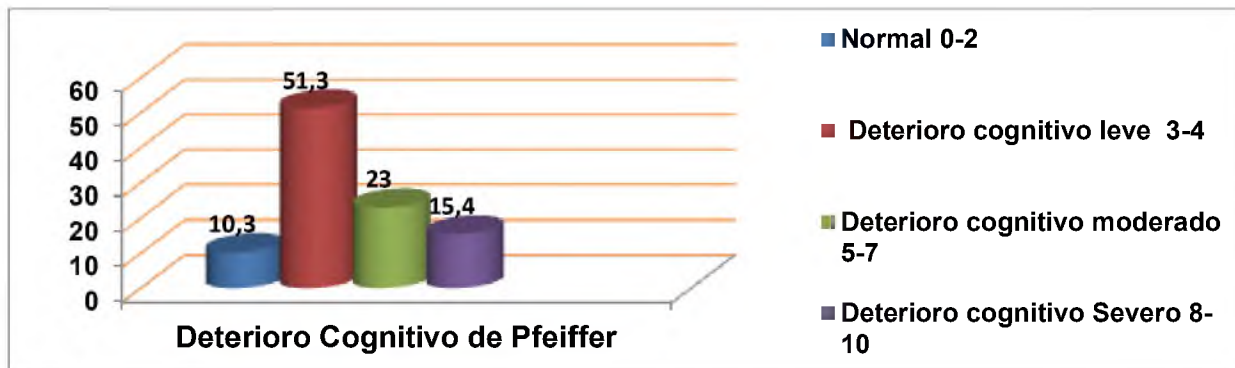
Cuadro 7. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021. Según Deterioro Cognitivo de Pfeiffer.

Deterioro Cognitivo de Pfeiffer	Frecuencia	%
Normal	4	10.3
Deterioro cognitivo leve 3-4	20	51.3
Deterioro cognitivo moderado 5-7	9	23.0
Deterioro cognitivo severo 8-10	6	15.4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

En cuanto al deterioro cognitivo de Pfeiffer el 51.3 por ciento de los pacientes presentaron: deterioro cognitivo leve, el 23.0 por ciento deterioro cognitivo moderado, el 15.4 por ciento: deterioro cognitivo severo, el 10,3 normal

Grafico 7. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 . Según Deterioro Cognitivo de Pfeiffer.



Fuente: cuadro 7.

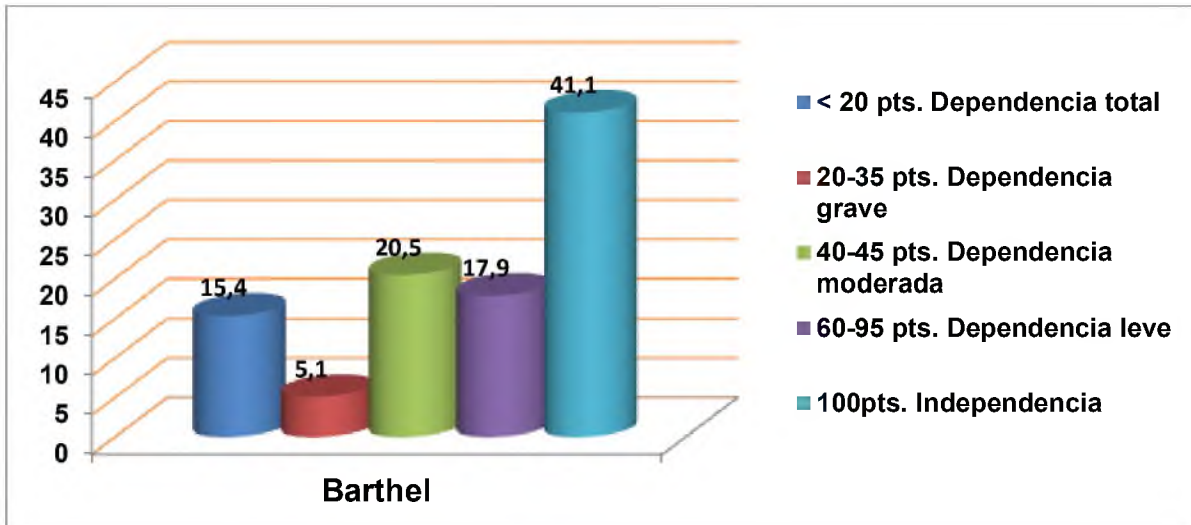
Cuadro 8. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha en el periodo enero-abril 2021 . Según Barthel.

Barthel	Frecuencia	%
< 20 pts. Dependencia total	6	15.4
20-35 pts. Dependencia grave	2	5.1
40-45 pts. Dependencia moderada	8	20.5
60-95 pts. Dependencia leve	7	17.9
100pts. Independencia	16	41.1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Fuente: residencia ancianos castilla la mancha.

Según la escala de Barthel el 15.4 por ciento de los pacientes tuvieron <20 pts. Dependencia total, el 5.1 por ciento 20-35 pts. Dependencia grave, el 20.5 por ciento de 40-45 pts. Dependencia moderada, el 17.9 por ciento 60-95 pts. Dependencia leve y el 41.1 por ciento 100pts. Independencia.

Grafico 8. Prevalencia del deterioro emocional y social en los ancianos frágiles que se encuentran ingresados en una residencia de la comunidad Castilla la Mancha. en el periodo enero-abril 2021 . Según Barthel.



Fuente: cuadro 8.

## IX. DISCUSIÓN.

Entre 200.000 y 500.000 ancianos de la región madrileña son "frágiles o prefrágiles", según un estudio europeo sobre geriatría y fragilidad liderado por el Hospital de Getafe el cual se realizó en 2018 y que busca evitar el deterioro funcional de una población cada vez más longeva.

"En la Comunidad de Madrid el 10% de la población anciana es frágil y otro 35% prefrágil; casi uno de cada dos ancianos", lo que en toda España supone 1,5 millones de personas, mientras que en la UE se estima que entre un 7% y un 12% de los mayores de 65 años son vulnerables a sufrir accidentes, sobre todo las mujeres, según el doctor Leocadio Rodríguez, jefe de Geriatría del Hospital de Getafe.

"La manera más eficaz de afrontarlo es trabajando sobre la fragilidad: manejándola se evita la discapacidad. Los ancianos que se caen son tres veces más frágiles que los demás. Las consecuencias son la mortalidad, la discapacidad, mayor tasa de hospitalización, de incapacitación permanente y mayor uso de recursos sanitarios

La fragilidad es un síndrome biológico asociado a la edad que aumenta el riesgo de sufrir eventos adversos, pero que es dinámico y potencialmente prevenible y reversible. El estudio, publicado por la revista científica “Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle”, ha analizado las diferentes trayectorias de fragilidad en base a una escala llamada Rasgo de Fragilidad 5 (FTS5, siglas en inglés) y se han relacionado con efectos adversos en este grupo de edad.

Como base para este trabajo, los investigadores han utilizado datos de 975 participantes del Estudio de Toledo en Envejecimiento Saludable (ETES), una cohorte de adultos mayores de más de 65 años. Las trayectorias de fragilidad se obtuvieron de los datos recogidos en dos evaluaciones (2006-2009 y 2011-2013), distanciadas en cinco años. Posteriormente a esta segunda evaluación, la discapacidad se evaluó a los tres años, la hospitalización se reportó hasta 2016 (con una mediana de cuatro años) y la mortalidad hasta 2019 (con una mediana de casi siete).

La fragilidad se evaluó a través del FTS5 que evalúa cinco aspectos centrales de la fragilidad: la actividad física, la velocidad de la marcha, la fuerza de presión manual, el índice de masa corporal y el Test de Romberg para medir el equilibrio de pie. En este estudio se encontraron cinco trayectorias, lo que confirma el dinamismo de la fragilidad. En tres de ellas aumentaba, aunque partían de niveles iniciales distintos (puntuaciones de fragilidad bajas, leves y moderadas), en una se mantenía en niveles moderados y en la otra en leves.

Según explica el Dr. Leocadio Rodríguez Mañas, coordinador del grupo de Investigación de Geriátrica de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe, “este hallazgo es importante ya que, aunque la fragilidad tiende a aumentar con el envejecimiento de la población no ocurre esto en todos los adultos mayores”.

Aquellos sujetos que tenían puntuaciones moderadas de fragilidad y las mejoraron, no tenían diferencias estadísticamente significativas con respecto al riesgo de sufrir eventos adversos respecto a la trayectoria de referencia,

compuesta de los participantes que empezaban con puntuaciones de fragilidad más bajas y empeoraron, mientras que el resto de las trayectorias sí presentaron un riesgo aumentado para todos los eventos estudiados. Este hallazgo se mantuvo incluso cuando se ajustaron por posibles confundidores, como son la edad, el género o el estado cognitivo, entre otros.

Los investigadores han demostrado que la fragilidad es un constructo fisiológico continuo en el que el riesgo de sufrir eventos adversos aumenta según aumenta la fragilidad evaluada mediante esta escala.

El primer firmante del trabajo, Alejandro Álvarez Bustos, del CIBERFES, destaca que “la relevancia clínica de este hallazgo respalda la evaluación de la fragilidad para complementar la evaluación del estado de salud de los adultos mayores y su relación con posibles eventos adversos, y complementa investigaciones anteriores que indican que la reducción de la carga de fragilidad es efectiva para reducir el riesgo de resultados adversos en la vejez”.

Los resultados respaldan la fragilidad como una construcción fisiológica continua con una relación dosis-efecto proporcional frente a los resultados adversos. Este estudio contribuye a ampliar la noción de naturaleza dinámica de la fragilidad y apunta hacia la asociación de su reducción de carga y reducción del riesgo de eventos adversos como mortalidad, hospitalización y discapacidad. En definitiva, las intervenciones adaptadas al estado de fragilidad individual podrían tener un impacto positivo en la carga económica y de salud pública de la fragilidad.

En definitiva, las intervenciones adaptadas al estado de fragilidad individual y a prevenir su evolución negativa mediante potenciación de hábitos saludables y de la vida activa a partir de los 65 años, podrían tener un impacto positivo en la carga económica y de salud pública de la fragilidad, evitando el alto coste social de la discapacidad y la dependencia, colaborando en la sostenibilidad del sistema sanitario.



## **X. CONCLUSIONES.**

Analizados y descritos los resultados se procede a formular las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de la fragilidad en este estudio se encontró que el rango de edad más frecuente correspondió en primer lugar al de 80-89 años con el 46.2 por ciento, en segundo lugar, el de 90 o más años con 23.1 por ciento, seguido de 70-79 años con 17.9 por ciento, 65-69 años con 12.8 por ciento.
2. Según el sexo más frecuente predominó en el femenino con el 56.4 por ciento.
3. En relación con el estado civil, el 43.6 por ciento viudo.
4. En cuanto a criterios de fragilidad, el 33.4 por ciento presentó debilidad muscular.
5. Con respecto diagnóstico de fragilidad, el 61.5 por ciento era frágil.
6. En cuanto a escala de yesavage el 48.7 presentó depresión establecida.
7. En relación a deterioro cognitivo de Pfeiffer, el 58.9 por ciento tuvo deterioro cognitivo leve.
8. En cuanto al Barthel, el 41.1 por ciento tuvo 100 pts. normal.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. las intervenciones adaptadas al estado de fragilidad individual y a prevenir su evolución negativa mediante potenciación de hábitos saludables y de la vida activa a partir de los 65 años
2. Educación sanitaria para Informar y asesorar a los sujetos con Deterioro emocional y a sus familiares respecto a su situación y a los recursos sanitarios y sociales existentes para ellos de modo que puedan beneficiarse lo antes posible de las medidas terapéuticas y otros beneficios socio sanitarios.
3. Realizar investigaciones de evaluación de la eficacia de la estrategia propuesta, en otras instituciones y áreas de salud de la ciudad y del país.
4. Incorporar la estrategia al plan de capacitación de postgrado de los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica en la atención primaria de salud.
5. Complementar la intervención psicoeducativa con estrategias de apoyo formal a los cuidadores, que incluya la oferta de recursos e instituciones, en la atención a las personas que sufren algún tipo de deterioro emocional y social al ser diagnosticados de frágil.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1-C• Villegas, M. (2002).  
Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid, España
- 2- Fuentes Españolas de Estadística. (2002; 68:26-72.) Sancho M Cantalapiedra. M. El envejecimiento demográfico en España.
- 3- Informe 2002. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales;( 2002).  
Las personas mayores en España.
- 4- Revista Clínica de Medicina de Familia V.2 N. 3 Albacete feb 2008
- 5- 1ª Reunión Nacional SEMEG (Valencia, 21-23 abril 2004).  
«Edad, deterioro funcional y estrés oxidativo».
- 6- *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 32: 26-34  
Evaluación de la fragilidad en el anciano».
- 7- Cstszentmihalyi, Mihaly (2005) Barcelona, España. ED. Kairos  
Una Psicología de la felicidad. 11ma Edición.
- 8- Fong, E, Adela, J. (2006). Santiago de Cuba. Ed. Oriente.  
Consejos Útiles para ancianos y sus familiares.
- 9• Goleman, D. (1995) Javier Vergara Editor S.A.  
La Inteligencia Emocional.
- 10- Orosa, F. Teresa (2001). La Habana. Ed. Félix Varela.  
La Tercera Edad y la Familia: una mirada desde el adulto mayor.
- 11- Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Villegas, M. (2002).  
Madrid, España.  
Una sociedad para todas las edades.
- 12- Información general. 55ª Asamblea Mundial de la Salud; 29 de abril de (2002).  
Cambios en órganos, tejidos y células por el envejecimiento.
- 13- Gaceta Sanitaria Revista Española de Salud. 1999.13 (90):9025.  
Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias.
- 14- Servicio de Geriatria Hospital de Navarra. Redín J M. Pamplona; (2007).  
Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad.
- 15-Revistade postgrado de la cátedra vía medicina.2000, 100, 21-3

Envejecimiento Gómez Rinessi JF, Saiach S, Lecuna N.

16- Rev. Esp. Geriatria Gerontol. 2006;41:36-42.  
Función y fragilidad, ¿qué tenemos que medir?

17- Baztán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Rev. Española Geriatria y Gerontología.  
Evaluación de la fragilidad en el anciano.

18-- Detección y tratamiento en AP Vol. 42. Núm. 07. Julio 2010  
El anciano frágil.

19- OPS (Organización Panamericana de la Salud) e Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud (2000), Washington, D. C.  
El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe,

20-Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Medifamiliar. (2002; 12: 620-30).  
Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación.

21- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. Aten Primaria 2005; 35 (1): 14-21.

22- Baztan J, Gonzalez-Montalvo J, Solano J, Hornillos M. I: de la teoría a la evidencia científica. MedClin. [Serie en internet]; 2000 [Citado 16 julio 2012]; 115: 704-717. Disponible en: [eutanasia.ws/hemeroteca/anciano1.pdf](http://eutanasia.ws/hemeroteca/anciano1.pdf)  
Atención sanitaria al anciano frágil

23- el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.  
Valoración de la discapacidad física:

24- Grupo de trabajo de la Semfyc. Madrid: Eurobook (1997).  
Atención al anciano

25- Zamarrón, M.D. & Fernández-Ballesteros, R. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 35/2/17-29/2000.  
Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes.

26-Gómez Rinessi J-F, Saiach S, Lecuna N. Revista de postgrado de la cátedra vía medicina. 2000; 100:21-3.  
Envejecimiento

27- Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al.2006, Prous Science SA.

### XIII.. Instrumento de recolección de la información

#### Indice de Barthel

##### Alimentación

**10 Independiente.** Capaz de usar Cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.

**5 Ayuda.** Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.

**0 Dependiente.**

##### Baño

ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

**0 Dependiente.**

##### Vestido

**10 Independiente.** Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si lo precisa.

**5 Ayuda.** Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

**0 Dependiente.**

##### Aseo Personal

**10 Independiente.** Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa una máquina eléctrica.

**0 Dependiente.**

##### Deposición

**10 Continente.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.

**5 Incontinencia Ocasional.** Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

**0 Incontinente.**

##### Micción

**10 Continente.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado.

**5 Incontinente Ocasional.** Episodios Ocasionales Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.

**0 Incontinente.**

##### Uso del Retrete

**10 Independiente.** Usa el retrete o cuña. Se sienta, solevanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.

**5 Ayuda.** Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

**0 Dependiente.**

##### Traslado Sillón Cama

**15 Independiente.** No necesita ninguna ayuda, Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.

**10 Mínima Ayuda.** Necesita una mínima ayuda o supervisión.

**5 Gran Ayuda.** Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda, asistencia para el traslado.

**0 Dependiente.**

##### Deambulación

**15 Independiente.** Camina 50 metros independientemente o con ayuda (bastón, andador o similar)

**10 Ayuda.** Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.

**5 Independiente. SILLA DE RUEDAS.** Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

**0 Dependiente.**

##### Escalera

**10 Independiente.** Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandillas o instrumentos de apoyo.

**5 Ayuda.** Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.

**0 Dependiente.**

##### **Resultado Grado de dependencia**

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

### Población

**diana:** Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO

## CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

¿Cuál es la fecha de hoy? 1
¿Qué día de la semana?
¿En qué lugar estamos? 2
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
¿Cuántos años tiene?
¿Dónde nació?
¿Cuál es el nombre del presidente?
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
¿Cuál es nombre de soltera de su madre?
Reste de tres en tres desde 29

- 1) Día, mes y año
- (2) Vale cualquier descripción correcta del lugar
- (3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados
0-2	Valoración cognitiva normal
3-4	Deterioro leve
5-7	Deterioro moderado
8-10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

### XIII.3 Costo y recursos.

XIII.3.1. Humanos			
• Una sustentante		10,000	
• Dos asesores			
• Personal médico calificado en número de cuatro			
• Personas que participaron en el estudio			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	100.00	100.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	180.00
Lápices	2 unidades	3.00	6.00
Borras	2 unidades	4.00	8.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	6.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0			
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector	2 unidades	600.00	1,300.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	150.00	300.00
Calculadoras			
XIII.3.3. Información			
Adquisición de libros		5,000	5,000
Revistas		500	500
Otros documentos		600	600
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)		100	100
XIII.3.4. Económicos*			
Papelería (copias )	1200 copias	1.00	1,300.00
Encuadernación	12 informes	500	6000.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			8,000.00
Imprevistos			2,000.00
		<b>TOTAL \$36520</b>	

\*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por la sustentante.



### XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

---

Dra. Ana J. Marte Báez

Asesores:

---

Dra. Claridania Rodríguez  
(Clínica)

---

Dra. Claridania Rodríguez  
(Metodológica)

Jurado:

---

---

Autoridades:

---

Dra. Gladys Soto

Coordinadora de residència medicina familiar

---

Dra. Rosa Maria Acosta  
Jefa enseñanza del Hospital Dr. Luis E Aybar  
salud

---

Dr. Willian Duke  
Decano facultad ciencias de la  
salud

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_