

Caracterización sociodemográfica y psicológica de Adultos Mayores hospitalizados

Sandra Ochoa Durán ¹, Yumisleidis Robert Cobas ², María Teresa Hidalgo ³

Resumen

Objetivo: Caracterizar la población de adultos mayores, evaluados psicológicamente en un período de seis meses en la Sala de Geriatría del Hospital Lucía Íñiguez Landín de Holguín.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo con la metodología cualitativa y una muestra de 200 pacientes ingresados desde mayo de 2017 hasta noviembre de 2017. Se aplicaron las técnicas: Mini Mental Stat Examination de Foolstein, la Escala Psicoafectiva Geriátrica y el Katz y Lawton para la funcionalidad del paciente en las actividades diarias; y se revisó la Historia Clínica para extraer datos sociodemográficos y clínicos.

Resultados: Entre los adultos mayores evaluados, la edad que predominó fue de 60 a 75 años; el sexo, femenino; la procedencia, rural; el nivel escolar, el primario y la convivencia, con la pareja sexual. El principal motivo de ingreso fue la Bronconeumonía y como APP, la HTA, las Cardiopatías y la Diabetes Mellitus. No predominó el deterioro cognitivo en la muestra, ni la dependencia en la realización de las actividades diarias. Los síntomas afectivos más encontrados: la depresión, la desesperanza y el insomnio.
Conclusiones: Se caracterizó la muestra estudiada a partir de variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas. Y se logró crear una base de datos para impulsar intervenciones multidisciplinarias en la sala de Geriatría.

Palabras clave: Envejecimiento; Evaluación psicológica; Fragilidad; Programa Integral de Atención al Adulto Mayor.

Abstract

Objective: characterize the population of bigger adults, evaluates psychological in a six-month period in the Geriatric Service in Lucía Íñiguez Landín Hospital of Holguín.
Methods: For it used the qualitative methodology with a descriptive study and 200 sample patient new student from May 2017 until November 2017; that they were evaluated psychological with the Mini Mental State Examination of Foolstein, the Psicoaffectionate scale geriatric and the Katz and Lawton for the functionality of the patient in the daily activities. Also revised the clinical record for be extracted socio-

sociodemografics and clinical data.

Results: As obtained main results are that between the adults bigger evaluated: the age it predominated is the third, that is, of 60 a 75 years; the female sex, the rural origin, the escolar level was the primary and the living together was the sexual pair. The main motive of entrance went the bronchopneumonia and as APP, the HTA, the Cardiopathic and the Diabetes Mellitus.
It does not predominated the cognitive deterioration in shows, nor the dependence in the realization of the

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2020

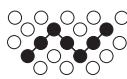
Recibido:
15/09/2020

Aceptado:
29/10/2020

(1) Psicóloga. Profesora Auxiliar. Psicóloga de Policlínico Julián Grima García, Santiago de Cuba. Correspondencia Calle 1era # 164 interior, % 6 y 8, Reparto Sorribe. Santiago de Cuba, Cuba. Teléfono: +5356402805. Email: pablo.paula@nauta.cu

(2) Defectóloga. Profesora Auxiliar. Departamento de Neuropsicología, Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín", Holguín.

(3) Médico Especialista en Geriatría y Gerontología. Sala de Geriatría, profesora Asistente, Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín", Holguín.



Caracterización sociodemográfica y psicológica en Adultos Mayores hospitalizados

activities daily and the affective more common symptoms went the depression, the despairs and the insomnia.

Conclusions: The sample studied was characterized with sociodemographic, psychological and clinical variables. As conclusions, it can say that it is achieved create a base of data to impel multidisciplinary interventions in the field of Geriatrics.

Keywords: Older, Psychological Evaluation, Frailty, Program of Integral Attention to the Bigger Adult.

INTRODUCCIÓN

En Cuba el envejecimiento poblacional se incrementa progresivamente como fenómeno de significativa connotación. Holguín es la segunda provincia del país, después de La Habana, en cantidad de adultos mayores con 197263 de personas de esta etapa evolutiva. Según el informe El Envejecimiento de la Población Cubana de 2015, de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), el país ha transitado desde un 11,3 por ciento de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 19,4 por ciento en 2015. En 31 años se ha incrementado este fenómeno en 8,1 puntos porcentuales (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017).

Según el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor de 2015, el subprograma de Atención Hospitalaria, en las salas de Geriatría debe existir una base de datos y/o informes escritos que permita caracterizar a la población que ingresa en este servicio y promover acciones de intervención multidisciplinaria en pacientes y acompañantes. (Programa Integral de Atención al Adulto Mayor, 2015).

El Hospital Clínico Quirúrgico Docente Lucía Íñiguez Landín consta actualmente de una Sala de Geriatría, con 2 geriatras en activo, un Clínico, 4 residentes de la especialidad e internos verticales. Cuenta, además, con personal de enfermería altamente capacitado, con una psicóloga y una trabajadora social. La atención a los adultos de la tercera edad en la sala se realiza de manera integral y multidisciplinaria.

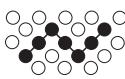
Sin embargo, los datos del adulto mayor se recogen en la Historia Clínica y en el Archivo del Hospital, por lo que no existe una base de datos que particularice las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la Sala, que permita la investigación y la intervención con los adultos mayores que ingresan y sus familiares. A partir de esta problemática, surge el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas del adulto mayor hospitalizado?

La evaluación psicológica se realiza a todos los pacientes que ingresan en el Servicio de Geriatría, siempre y cuando las condiciones del proceso salud-enfermedad lo permitan. Se excluyen los portadores de demencia o de estado grave de salud en los que se realiza la entrevista a los familiares para obtener los datos necesarios.

Las técnicas psicológicas que se usan por protocolo son: el Mini Mental State Examination de Folstein, la Escala Psicoafectiva Geriátrica y el Katz e Instrumentales, para medir la funcionalidad del paciente en las actividades diarias. También se utiliza la revisión de la Historia Clínica, para extraer datos sociodemográficos y clínicos, como la edad, nivel escolar, estado civil, procedencia, convivencia; motivo de consulta, Antecedentes Patológicos Personales (APP).

La evaluación psicológica permite evaluar los estados cognitivo, afectivo y la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Recoger toda esta información en una base de datos que permita caracterizar a los pacientes e impulsar investigaciones en los campos de la Geriatría, la Gerontología y la Psicología, así como realizar intervenciones grupales educativas y de promoción y prevención de salud, constituye la motivación principal para realizar este trabajo investigativo.

Como objetivo este trabajo se propuso: Caracterizar a la población de adultos mayores, evaluados psicológicamente en un período de seis meses. En la adultez mayor ocurren cambios importantes desde el punto de vista biopsicosocial. El Estado Cubano, a través del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, brinda soluciones a partir de acciones concretas en los subsistemas Comunitario, Institucional y Hospitalario, al deterioro causado por dichos cambios.



Ochoa Durán, Robert Cobas, Hidalgo

Entre los cambios fisiológicos propios del envejecimiento sobresalen aquellos que por los órganos o sistemas a los que afectan influyen más directamente sobre el funcionamiento global de la persona anciana tales como: la disminución de la masa y de la fuerza muscular, los cambios en el sistema cardiovascular y en el aparato respiratorio que disminuyen la capacidad aeróbica y la tolerancia al ejercicio, la reducción de algunas funciones de integración neurológica que producen deterioro en el equilibrio y de la marcha, así como la disminución de la reserva nutricional. Tales cambios conducen al anciano a una situación de mayor vulnerabilidad, con una menor capacidad de respuesta ante la enfermedad y un mayor riesgo de dependencia. Esta última idea es la que se expresa en el concepto de fragilidad. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017 a).

La fragilidad se describe como un síndrome biológico en el que se produce una disminución de la reserva fisiológica y un incremento de la resistencia a los factores estresantes como resultado del deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos. Se conceptualiza además como estado de vulnerabilidad fisiológica relacionada con la edad que resulta de un deterioro de la reserva homeostática y de una reducción de la capacidad del organismo para responder a situaciones de estrés. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017 a). A pesar de no ser una consecuencia inevitable del envejecimiento (ya que muchos ancianos no son frágiles) la fragilidad ha sido reconocida como un síndrome geriátrico independiente. Tiene un componente físico que depende del sistema musculoesquelético, de los órganos del equilibrio y del aparato cardiorrespiratorio, cuyo deterioro se manifiesta con la disminución de la actividad del anciano y la aparición de dependencia.

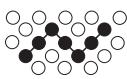
También se describe un componente mental que depende del estado cognitivo y de la presencia de condicionantes psicosociales adversos, que se manifiesta con una mayor facilidad para la aparición de confusión mental y depresión.

Existe además, un componente nutricional de la fragilidad favorecido por el propio envejecimiento, debido a la posible presencia de malos hábitos alimentarios y por la repercusión de enfermedades u otras condiciones crónicas sobre la reserva nutricional.

La prevalencia de este síndrome aumenta de manera exponencial a medida que se envejece, desde el 3,2% de media a los 65 años, pasando por el 16,3% en los mayores de 80 años, hasta alcanzar el 23,1% a los 90 años. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017 a).

Se describen tres edades evolutivas dentro de la adultez mayor: la tercera edad que comprende las edades de 60 años a 75, la cuarta edad, de 76 a 89 años y la longevidad de 90 años en adelante. La lógica plantea que a mayor edad, mayor prevalencia de fragilidad en el adulto mayor. Por ello es necesario desplegar acciones que permitan postergar la aparición de este síndrome geriátrico desde las ciencias biológicas: Medicina, Enfermería, Gerontología y Rehabilitación; y sociales: Psicología, Defectología, Psicopedagogía y Trabajo Social. La estimulación cognitiva y la rehabilitación constituyen modos de intervención eficientes si de fragilidad a nivel cognitivo se trata. Enfermedades como el deterioro cognitivo y la demencia son comunes en esta edad evolutiva, acompañadas de síntomas afectivos. Las enfermedades infecciosas y neurológicas pueden provocar en el anciano confusión mental y desorientación, que tienden a empañar el diagnóstico de deterioro cognitivo, por eso es importante la evaluación neuropsicológica en el adulto mayor hospitalizado. Las investigaciones internacionales actuales sobre el deterioro cognitivo y las demencias, utilizan los métodos y técnicas que por protocolo se usan en nuestros servicios de Geriatría en Hospitales, y en la atención comunitaria e institucional. El Mini Mental State Examination de Folstein es una de las técnicas más usadas en el mundo para evaluar deterioro cognitivo en la adultez mayor.

Uno de los retos de la investigación actual es la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer (EA) con el fin de retrasar en lo posible el curso de este tipo de demencia (Nestor, Scheltens y Hodges, 2007). La investigación en torno a posibles marcadores que contribuyan al diagnóstico del síndrome denominado deterioro cognitivo leve (DCL) ha pasado a ser el centro de interés de muchos estudios ya que, en algunos casos, este síndrome pue-



Preocupación ambiental y bienestar en Adultos Mayores Argentinos

puede ser un estadio previo a dicha demencia (Albert et al., 2011; Dubois et al., 2010; Petersen et al., 2004; Petersen y Negash, 2008; Sperling et al., 2011). En este sentido, el rendimiento de las personas mayores en pruebas que evalúan la capacidad de aprendizaje verbal y el posterior recuerdo, se considera que puede ser un marcador importante en la detección precoz del DCL (Albert et al., 2011; Dubois et al., 2010; Perri, Serra, Carlesimo y Caltagirone, 2007en García-Herranz, 2014)

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo con la metodología cualitativa para caracterizar a los adultos mayores ingresados desde mayo de 2017 hasta noviembre de 2017, en el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín, de Holguín; desde el punto de vista sociodemográfico, clínico y psicológico.

La muestra estuvo integrada por 200 pacientes ingresados, que fueron evaluados psicológicamente en el período de seis meses. Los instrumentos usados fueron: el Mini Mental State Examination de Folstein, para evaluar el estado neurocognitivo, la Escala Psicoafectiva Geriátrica, para el estado afectivo y el Katz e Instrumentales, para medir la funcionalidad del paciente en las actividades diarias y la presencia o no de dependencia y fragilidad. También se revisó la Historia Clínica para extraer datos sociodemográficos y clínicos.

Los métodos y procedimientos que se utilizaron abarcan métodos teóricos de la metodología cualitativa: histórico-lógico, análisis y revisión de documentos y artículos científicos; prácticos: la observación, la entrevista, test psicológicos y sociales, el uso de variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas; y estadísticos: la conformación en tablas y gráficos de los resultados obtenidos y la tabulación con el tanto poriento. Las variables que se tuvieron en cuenta para realizar la caracterización de la muestra fueron:

* Sociodemográficas: edad, sexo, nivel escolar, procedencia y convivencia.

* Clínicas: motivo de consulta y Antecedentes Patológicos Personales (APP)

* Psicológicas: estado cognitivo, estado afectivo y capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos dan cuenta que las Variables sociodemográficas se comportaron de la siguiente manera:

1-La edad que predominó en los pacientes geriátricos ingresados fue la tercera edad con 110 ancianos, para un 55 porciento de la población caracterizada, seguida de la cuarta edad con 79, para un 39,5 porciento y de los longevos con una cifra de 11 ancianos, para un 5,5 porciento. Estos datos se observan en la tabla número 1 (anexos).

2- El sexo que prevaleció fue el femenino con 18 ancianos más que el masculino.

3- El nivel escolar que predominó fue el nivel primario con 55 ancianos, para un 27,5%. Hay que destacar que en 52 ancianos no se pudo determinar el nivel escolar, pues ellos no pudieron responder y su acompañante desconocía la información precisa. Tabla 2 (anexos).

4- La procedencia rural prevaleció sobre la urbana con 144 pacientes ingresados, para un 72 porciento. Esto tiene su explicación en que el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín tributa a los municipios de la provincia, mientras que el municipio cabecera recibe atención geriátrica en la Sala del hospital Vladimir Ilich Lenin.

5- Los adultos mayores ingresados en el período estudiado conviven en su mayoría con su pareja sexual, con una cifra de 92 pacientes, para un 46 porciento, seguido de la convivencia con otro(s) familiar(es), en 80 pacientes, para un 40 porciento.

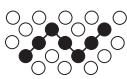
Las variables clínicas se comportaron como se refiere a continuación:

1-El motivo de consulta por el que más ancianos fueron hospitalizados fue la Bronconeumonía, con 48 pacientes, para un 24 porciento. Ver tabla 3(anexos).

2-Los Antecedentes Patológicos Personales que presentaban los pacientes de la muestra estudiada fueron: Diabetes, HTA y Cardiopatía.

Las variables psicológicas que se tuvieron en cuenta fueron:

1-El estado cognitivo. Sin deterioro cognitivo hubo 104 pacientes, para un 52 porciento de la muestra; con deterioro leve, 38 pacientes, para un 19 por ciento; con



Ochoa Durán, Robert Cobas, Hidalgo

deterioro moderado, 29, para un 14,5 poriento. Con deterioro severo aparecen 6 ancianos, que representa un 3 porciento y con demencia diagnosticada antes del ingreso, 23 pacientes, para un 11,5 porcento. Ver tabla 4 (anexos).

2- En el estado afectivo los síntomas que predominaron en la muestra fueron: tristeza, ansiedad, dificultades para conciliar el sueño y desesperanza.

3- En el análisis de la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, aparece que de 200 pacientes, 115 son independientes, para un 57,5 porcento, mientras que 53 son totalmente dependientes, convirtiéndose en ancianos fragilizados, para un 26,5 porcento de la muestra. Ver tabla 5 (anexos).

Resumiendo, se puede decir que los resultados obtenidos en este estudio refieren que:

1 La caracterización sociodemográfica realizada a los adultos mayores evaluados, recoge que la edad que predominó es la tercera, o sea, de 60 a 75 años; el sexo, el femenino, la procedencia, la rural, el nivel escolar fue el primario y la convivencia con la pareja sexual.

2 Desde el punto de vista de la caracterización clínica, parece como principal motivo de ingreso la Bronconeumonía y como APP, la HTA, las Cardiopatías y la Diabetes Mellitus.

3 La caracterización psicológica refiere que no predominó el deterioro cognitivo en la muestra, ni la dependencia en la realización de las actividades diarias y los síntomas afectivos más comunes fueron la depresión, la desesperanza y el insomnio.

Conclusiones

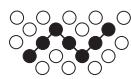
1. Se logró caracterizar a la población hospitalizada y evaluada desde el punto de vista neuropsicológico, con variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel escolar, convivencia y procedencia), clínicas (motivo de consulta y Antecedentes Patológicos Personales) y psicológicas (estado cognitivo, estado afectivo y capacidad para realizar las actividades diarias de la vida).

2. Se creó una base de datos para impulsar intervenciones multidisciplinarias en la sala de Geriatría del Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín,

encaminadas al anciano que ingresa y a su familia.

Referencias

1. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2017 a). Adultos mayores fragilizados. Biblioteca Médica Nacional. Cuba. Bibliomed [Internet]. Sept [citado 31/10/2017]; 24(9): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/09/bibliomed-septiembre-2017.pdf>.
2. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2017). Envejecimiento. Biblioteca Médica Nacional. Cuba. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud (internet). Ago (citado 31/10/2017); 3(8) aprox.11 p.). Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/08/factográfico-de-salud-agosto-2017.pdf>.
3. García-Herranz (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y deterioro cognitivo a través del TAVEC. Anales de la Psicología, vol 30, No 1(enero), 372-379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.150711>.
4. Programa Integral de Atención al Adulto Mayor (2015). Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.



Preocupación ambiental y bienestar en Adultos Mayores Argentinos

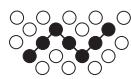
ANEXO

Tabla 1. Edad.

Edad	Cantidad	%
60-75	110	55%
76-89	79	39,5%
+ 90	11	5,5%

Tabla 2. Nivel escolar.

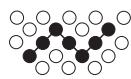
Nivel escolar	Cantidad	%
Analfabeto	24	12%
Primario	55	27,5%
Secundario	35	17,5%
Preuniversitario	26	13%
Superior	8	4%
Sin referencia	52	26%



Ochoa Durán, Robert Cobas, Hidalgo

Tabla 3. Motivo de consulta.

Motivo de consulta	Cantidad	%
Bronconeumonía	48	24%
Falta de aire	20	10%
Infección urinaria	16	8%
Diabetes	14	7%
HTA	12	6%
Cardiopatía	12	6%
Accidentes cerebrovasculares	12	6%
Otros	66	33%



Preocupación ambiental y bienestar en Adultos Mayores Argentinos

Tabla 4. Estado cognitivo

Estado cognitivo	Cantidad	%
Sin deterioro cognitivo	104	52%
Deterioro cognitivo leve	38	19%
Deterioro moderado	29	14,5%
Deterioro severo	6	3%
Demencia diagnosticada	23	11,5%

Tabla 5. Capacidad.

Capacidad	Cantidad	%
Independiente	115	57,5%
Con ayuda	32	16%
Dependiente	53	26,5%