

UNIVERSIDAD GALILEO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA PRESENCIA DE
SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LOS RESIDENTES DEL HOGAR PARA EL
CUIDADO DEL ADULTO MAYOR SAN JOSÉ EN LA CIUDAD DE GUATEMALA
DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2021**

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIATRA Y GERONTOLOGO
EN EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO A:**

DANIELA MENDEZ MENDOZA 20006254

BALVINA DE LOS ANGELES SOLARES MORALES 20003716

ASBEL BRISEIDA AZURDIA VEGA 20006657

LESLIE JEANETH MONZON LEAL 16008422

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2021

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I.....	5
<i>1.1. Justificación de la investigación</i>	<i>5</i>
<i>1.2. Planteamiento del problema.....</i>	<i>5</i>
1.2.1. Definición del problema:	5
1.2.2. Especificación del problema:	6
1.2.3. Delimitación del problema:	6
<i>1.3. Hipótesis.....</i>	<i>6</i>
<i>1.4. Objetivos de la investigación.....</i>	<i>7</i>
1.2.4. Objetivo general:	7
1.2.5. Objetivos específicos	7
CAPÍTULO II.....	8
<i>2.1. Adulto Mayor.....</i>	<i>8</i>
2.1.1. Definición.	8
2.1.2. Cambios en el adulto mayor.	9
2.1.3. Características psicológicas y sociales del adulto mayor.....	9
2.1.4. Valoración geriátrica integral.	10
2.1.5. Marco legal	11
<i>2.2. Síndromes Geriátricos.....</i>	<i>12</i>
2.2.1. Definición de síndromes geriátricos.	12
2.2.2. Descripción	12
<i>2.3. Nivel socioeconómico</i>	<i>19</i>
2.3.1. Definición	19
2.3.2. Estratificación.....	19
2.3.3. Situación socioeconómica actual del adulto mayor en Guatemala	20
<i>2.4. Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.....</i>	<i>21</i>
2.4.1. Historia.	21
2.4.2. Organización.....	21

2.4.3. Servicios.....	22
CAPÍTULO III.....	23
3.1. <i>Métodos de investigación</i>	23
3.1.1. Tipo de estudio:.....	23
3.2. <i>Técnicas:</i>	23
3.3. <i>Instrumentos:</i>	23
3.4. <i>Cronograma de actividades</i>	24
3.5. <i>Recursos</i>	24
CAPÍTULO IV.....	26
4.1. <i>Resultados</i>	26
4.2. <i>Discusión</i>	30
CAPÍTULO V.....	32
5.1. <i>Conclusiones:</i>	32
CAPÍTULO VI.....	33
6.1. <i>Bibliografía</i>	33
CAPÍTULO VII.....	36
7.1. <i>Anexo 1, Rapid Geriatric Assessment</i>	36

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos producen por su interrelación con patologías preexistentes en el adulto mayor una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte.

Por su frecuente presentación y las consecuencias de estas a nivel personal, familiar y social, deben de tenerse en mente, ya que traducen el estado actual del paciente y su pronóstico. La población guatemalteca atraviesa por una etapa de transición demográfica, consecuencia del paulatino descenso de la mortalidad, así como la declinación de la fecundidad, este importante proceso está transformando el ritmo de crecimiento de la población, favoreciendo los cambios de la estructura poblacional por grupos de edad.

Dentro del grupo de 60 años y más, la mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, derivadas frecuentemente de complicaciones físicas y de padecimientos crónico-degenerativos.

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la existencia de una relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala durante el período comprendido de julio a diciembre de 2021, los principales resultados permitieron identificar la caracterización de los residentes del Hogar incluyendo el nivel socioeconómico predominante dentro de este grupo y los síndromes geriátricos más frecuentes dentro de los residentes del hogar, información de vital importancia para los administradores, ya que con esta información se podrán hacer mejoras en el futuro en las condiciones de permanencia de sus residentes actuales y futuros.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

1.1. Justificación de la investigación

En las últimas décadas la población adulta mayor ha ido en aumento a nivel mundial y Guatemala no ha sido la excepción, en el censo realizado en 2018 los habitantes mayores de 65 años representaban un 5.6% del total de la población y va en aumento.

En nuestro país este grupo poblacional es uno de los más vulnerables debido a que a pesar de que existen leyes que los protegen, el adulto mayor no está empoderado y esto hace que sea de los más frágiles en la sociedad lo que conlleva que presenten diversos síndromes geriátricos que ponen en riesgo su vida.

Según la Comisión Económica para América Latina de la ONU menciona que el 40% de la población adulta mayor está catalogada como pobre, siendo el nivel socioeconómico parte fundamental para que las sociedades alcancen la salud según la Organización Mundial de la Salud. Debido a la necesidad de relacionar el nivel socioeconómico de los adultos mayores con la presencia de uno o varios síndromes geriátricos o ausencia de ellos, consideramos oportuno realizar esta investigación para poder apoyar a otros estudios realizados en años anteriores como por ejemplo en 2010 en el ABC Medical Center IAP realizaron un estudio en los adultos mayores hospitalizados y dentro de las conclusiones figuran que la prevalencia de los síndromes geriátricos en esa institución con la reportada a nivel mundial pueden explicarse por las características sociales, económicas y de educación de la población en estudio. (León, 2010)

La información obtenida servirá de apoyo a la institución donde se realizará la investigación para mejorar la valoración geriátrica integral en beneficio de sus residentes.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Definición del problema:

La investigación surge de la necesidad de tener información actualizada sobre la relación entre la presencia de síndromes geriátricos y el nivel socioeconómico en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la Ciudad de Guatemala; dicha desinformación limita la toma de acciones oportunas en beneficio de los residentes

1.2.2. Especificación del problema:

¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 2021?

1.2.3. Delimitación del problema:

1.1.3.1. Unidad de análisis:

Residencia para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala.

1.1.3.2. Sujetos de investigación:

Hombres y mujeres adultos mayores de 65 años residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala.

1.1.3.3. Tamaño de la muestra:

100% de adultos mayores residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José, Guatemala (N=15)

1.1.3.4. Ámbito geográfico:

La presente investigación se realizó en el hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala.

1.1.3.5. Ámbito temporal:

La investigación se llevó a cabo durante el período comprendido de julio a diciembre de 2021.

1.3. Hipótesis

Ha: El Nivel Socioeconómico es un factor determinante para el desarrollo de Síndromes Geriátricos en el Adulto Mayor.

Ho: El Nivel Socioeconómico no es un factor determinante para el desarrollo de Síndromes Geriátricos en el Adulto Mayor.

1.4. Objetivos de la investigación

1.2.4. Objetivo general:

Determinar si existe una relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 2021.

1.2.5. Objetivos específicos

- Caracterizar a los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José
- Establecer el nivel socioeconómico de los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José
- Conocer los síndromes geriátricos más frecuentes que se presentan los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto Mayor

2.1.1. Definición.

El envejecimiento poblacional es bastante común, esto no es exclusivo de los países desarrollados, pasa en nuestro entorno y va en aumento. Las personas adultas mayores alcanzan tasas del 15 al 20% de la población general. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE), para el año 2018 la población de personas adultas mayores de 65 años y más en Guatemala era de 837,280 personas, lo que equivale al 5.6% de la población guatemalteca, la cual asciende a 14,901,286. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, 2018).

La definición de Adulto Mayor es de uso relativamente reciente, identificando a toda persona de 65 años o más, dejando de lado a los términos de persona de la tercera edad o anciano. Las personas adultas mayores son símbolo de sabiduría y prestigio, son tratados con mucho respeto y juegan un papel importante identificándolos como consejeros debido a su trayectoria. El término de adulto mayor nace del latín Adultus, que significa crecer o madurar y Maior, cuyo significado se refiere a grande en edad, este identifica la edad máxima de un ser humano o los últimos años de vida de una persona, antecede a la muerte. Es durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se deterioran. (Pérez M. , 2021).

Todos los cambios que han surgido con el transcurrir de los años como avances médicos, cambios en el estilo de vida han colaborado para que la tasa de mortalidad de esta población baje y así la esperanza de vida sea mayor y de mejor calidad, teniendo un envejecimiento activo. Se han generado muchos estereotipos de las personas adultas mayores, considerándolos frágiles y dependientes. Es importante mencionar que para muchas personas en esta etapa de la vida se agudizan muchos problemas crónicos de salud y su cuerpo comienza a deteriorarse, la salud se reciente. También son discriminados, abandonados, su actividad social disminuye. Algunos logran recibir una pensión o jubilación, pero otros no. (Ucha, 2013).

Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. La Organización de Naciones Unidas (ONU) menciona

que la población mayor de 65 años aumento de 131 millones de 1950 a 420 millones en el 2000, existiendo un incremento del 2% anual en la década de los 90; se espera que para el año 2050 el porcentaje del 21%. (Salud, 2015).

2.1.2. Cambios en el adulto mayor.

Los cambios que se asocian al envejecimiento son múltiples, conocer sobre estos nos permite comprender las diferencias fisiopatológicas que existen entre las personas adultas mayores y el resto de la población adulta. Estos cambios implican ajustes en su cuidado y supervisión de salud. La alta frecuencia de comorbilidad y la gran variabilidad entre adultos mayores hace difícil el estudio de los cambios asociados a la edad. Es de suma importancia biomédica el envejecimiento de la población en términos sociales y de gasto en salud, fomentar investigaciones para poder comprender los cambios asociados al envejecimiento ayudara a disponer de mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas para este grupo etáreo. Los cambios fisiológicos más relevantes que se pueden presentar en las personas adultas mayores son ritmos fisiológicos alterados, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones. (Gerontología, 2006)

2.1.3. Características psicológicas y sociales del adulto mayor.

El tema del envejecimiento debe ser considerado como un fenómeno universal que va en crecimiento, aumentado la expectativa de vida de 46 a 76 años desde 1950. Esta etapa de la vida no solo está afectada por problemas de salud sino también por factores psicológicos y sociales, lo que conlleva en ocasiones a considerar a los adultos mayores como difíciles por quienes los rodean, siendo alarmante el nivel de rechazo intergeneracional que se establece. La vejez no debe ser considerada como el punto más bajo del ciclo de vida, ya que el envejecimiento activo y sano puede ser posible, debemos promover en la sociedad un cambio de pensamientos y la inclusión para poder iniciar un cambio. (Jauregui, 2003).

Las características de la persona adulta mayor dependerán mucho de la personalidad de cada individuo, condiciones ambientales, modo y estilo de vida, y en menor grado de la edad. A la vejez se le atribuyen muchas actitudes consideradas como normales para la edad, tales como estilo de vida inactivo, pasivos, desanimados, solitarios; todas estas condiciones, si en algún momento las

presentara un adulto mayor pueden ser revertidas si el adulto mayor asume una vida activa, dinámica, todo esto impulsado por motivos que le den sentido a su existencia. Debemos tener presente como sociedad que el adulto mayor no está exento de potencialidades creativas y de necesidades emocionales que pueden lograr incorporarlos activamente en la sociedad. En muchos casos el momento de la jubilación, los hace sentir poco productivos y una carga para la familiar, y deben aprender a depender de su familia. Con el desarrollo económico y los avances tecnológicos podemos pensar que en un futuro cercano las personas adultas mayores puedan gozar de mejor salud y mayor capacidad para participar y contribuir más a la sociedad. (Ramos, 1997).

2.1.4. Valoración geriátrica integral.

La atención de la persona adulta mayor requiere de una evaluación integral y multidisciplinaria, que permita identificar y priorizar de forma oportuna los problemas y necesidades de las personas adultas mayores, esto con el fin de poder elaborar un plan de atención, tratamiento y seguimiento oportuno. Por tal razón se diseñó y desarrolló la Evaluación Geriátrica Integral, que es un instrumento que evalúa de forma práctica factores de riesgo, síndromes geriátricos y comorbilidades asociadas en este grupo etáreo con el fin de realizar intervenciones oportunas para mantener y recuperar la funcionalidad física, mental, social y emocional del adulto mayor. Enfocada en aspectos biológicos, actividades de la vida diaria, funcionalidad, concepciones psicológicas y condiciones socioeconómicas; todo esto orientado a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía, independencia funcional y la inserción social. (IMSS, 2010)

La valoración geriátrica integral también le permitirá a la geriatría la identificación de factores de riesgo relacionados con la declinación funcional, morbilidad y mortalidad en la persona adulta mayor y de esta manera realizar una intervención oportuna no farmacológica que logre una referencia del adulto mayor a grupos y programas de actividad física, recreativa, cultural y de capacitación. La valoración geriátrica integral desarrolla un plan individualizado de atención integral e interdisciplinario para el manejo de los problemas de los adultos mayores, con el objeto de mejorar su calidad de vida y de acuerdo con los intereses del adulto mayor. Todo esto con el objetivo de impulsar un envejecimiento activo y saludable y que la experiencia de esta etapa de la vida sea positiva. (Ariño, 2002)

2.1.5. Marco legal

En la ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 en el Art13. * Un derecho fundamental de la vejez es el de tener buena salud, por lo que tienen derecho de tener asistencia médica, preventiva, curativa y de rehabilitación oportuna, necesaria y adecuada a su edad y requerimientos, por lo que quedan obligados a prestar en forma gratuita el tratamiento necesario para cada caso, los hospitales nacionales; los de seguridad social de conformidad con el Artículo 115 de la Constitución Política de la República de Guatemala. * Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República de Guatemala. (GUATEMALA, 2015)

En la ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 en el Art 14. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Universidades del país los establecimientos de Educación Pública y Privada y cualquier otra organización de salud, fomentarán la investigación y estudio de la población senescente, para tomar las medidas de prevención y emitir normas de atención actualizada a nivel nacional. (GUATEMALA, 2015).

En la ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 en el Art 15. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por conducto de sus dependencias, en coordinación con otros organismos, desarrollará acciones que tiendan a proteger a los ancianos, así como a fortalecer su autoestima a efecto se mantengan dentro del sistema de producción, conforme a programas y reglamentos que para el efecto se emitan. (GUATEMALA, 2015).

En la ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 en el Art 16. El Estado, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá desarrollar programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental del anciano en forma gratuita. (GUATEMALA, 2015).

En la ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 en el Art 17. El Estado promoverá por los medios a su alcance, que el anciano obtenga una alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico, considerado en forma particular, según la norma dietética para la edad avanzada. (GUATEMALA, 2015)

2.2. Síndromes Geriátricos

2.2.1. Definición de síndromes geriátricos.

Los síndromes geriátricos engloban una serie de problemas de salud desarrollados a causa de un deterioro multisistémico en una persona adulta mayor vulnerable y que carece de una respuesta fisiológica apropiada; estos síndromes expresan un grupo de signos y síntomas asociados a una patología presente en el adulto mayor (Pérez I. G., 2020)

2.2.2. Descripción.

A continuación, se describen los principales síndromes geriátricos clasificados según su frecuencia y su aparición:

2.2.2.1 *Según su frecuencia:* su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más en mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones. Carácter sindrómico, cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes.

2.2.2.2 *Según su tiempo de aparición,* originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que, si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización de la persona adulta mayor.

Otra clasificación de los síndromes es por el tipo; dentro de estos se encuentran: El síndrome de inmovilidad; síndrome de inestabilidad y caídas; síndrome de incontinencia urinaria; síndrome de deterioro cognitivo y síndrome de fragilidad, estos son muy prevalentes en personas de edad avanzada en todos los niveles de atención. (Sanford, 2020) . A continuación, se describen cada uno:

Síndrome de Inmovilidad

El síndrome de inmovilidad es la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales.

Síndrome de Inestabilidad y caídas

La caída se considera como la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa.

Síndrome de Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. La incontinencia puede afectar a hombres y mujeres de cualquier edad, pero es más común en las mujeres y las personas mayores, afectando aproximadamente al 30% de las mujeres de edad avanzada y al 15% de los hombres de edad avanzada. (Lightner, 2019)

Síndrome de Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es una pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente. Incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, etc.), o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc.); pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc. (Amjad, 2018)

Síndrome de Fragilidad

La fragilidad es un estado de reserva fisiológica disminuida, donde el cuerpo es incapaz de resistir factores estresantes menores, que conducen a resultados adversos para la salud. Pre-fragilidad, que representa un nivel intermedio de vulnerabilidad elevada se refiere al estado de transición entre robustez y fragilidad. No todo el mundo desarrollará fragilidad y la gravedad de un individuo o el estado de riesgo puede cambiar. (Roberts, 2021).

2.2.3 Cuadro clínico

A continuación, se presentan los principales cuadros clínicos de cada uno de los síndromes:

Síndrome de Inmovilidad

La inmovilidad es considerada como una vía común a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad. Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos mayores de 65 años. A partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio.

La causa de la inmovilidad es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares (artrosis, fracturas, patología de los pies, etc.), patología cardiovascular (ictus, cardiopatía, hipotensión ortostática, diabetes, etc.), trastornos neuropsiquiátricos (demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, etc.), obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y, por supuesto, fármacos (sedantes, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos) cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del adulto mayor.

Síndrome de Inestabilidad y caídas

La caída es la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa.

Los adultos mayores que están hospitalizados tienen un riesgo mayor, principalmente en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora.

Presenta etiología multifactorial: enfermedad osteoarticular, cardiovascular, neuropsiquiátrica, causas extrínsecas (obstáculos físicos, calzado, domicilio, escaleras, etc.) y efectos secundarios de ciertos fármacos, principalmente.

Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome destacan: debilidad muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, deterioro de las funciones mentales, deterioro en las actividades de la vida diaria y polimedicación.

Síndrome de Incontinencia urinaria

En función de su frecuencia, se distingue entre incontinencia aguda o pasajera, cuya duración oscila entre 3 y 4 semanas, e incontinencia persistente o crónica, con una duración superior a 4 semanas.

Es de etiología multifactorial; lo cual las causas como infecciones genitourinarias, delirio u otros estados confusionales, determinados tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, movilidad limitada o impactación fecal pueden ocasionar una incontinencia transitoria, mientras que otros factores como lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga a contráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo u otras causas funcionales pueden generar una incontinencia más o menos persistente.

Síndrome de Deterioro cognitivo

La prevalencia de problemas cognitivos aumenta con la edad; la prevalencia de demencia en pacientes mayores de 70 años es 13,9% 54 y se estima que el 22,2% de los pacientes de esta edad rango tiene deterioro cognitivo sin demencia manifiesta. El síndrome de deterioro cognitivo abarca cuadros muy diversos en cuanto a su etiología, síntomas, gravedad, etc., su causa es más compleja que la de los síndromes ya descritos: infecciones agudas, enfermedades cardiovasculares, alteraciones neuropsiquiátricas, hidroelectrolíticas, así como, metabólicas, retención urinaria, impactación fecal, inmovilidad, fármacos (sedantes, anticolinérgicos, opiáceos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, cimetidina, digoxina, fenitoína). (Magnuson, 2019)

Las consecuencias del deterioro cognitivo, especialmente en los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos sociosanitarios e institucionalización.

Síndrome de Fragilidad

Existen cuatro pilares en la fisiopatología de la fragilidad: la sarcopenia, la disminución en la tasa metabólica en reposo, la disminución en el consumo total de energía y la desnutrición crónica. El fenotipo de fragilidad de Fried (FFP) y el enfoque acumulativo de los déficits son comúnmente

utilizados para definir la fragilidad. El primero es caracterizado por la presencia de tres o más características físicas (debilidad, disminución resistencia, rendimiento lento, agotamiento, (pérdida de peso); el segundo es la discapacidad solamente, y el último enfoque considera que la fragilidad está relacionada con la acumulación de varios déficits (mentales, sociales y factores físicos), en lugar de un conjunto de criterios unidimensionales. (Roberts, 2021)

2.2.4 Diagnóstico

La Evaluación Geriátrica Rápida es el instrumento que se utiliza para evaluar a los pacientes, ya que es una herramienta desarrollada para identificar rápidamente cuatro síndromes geriátricos a saber: fragilidad, sarcopenia, anorexia del envejecimiento y disfunción cognitiva, así como para preguntar si la persona tiene instrucciones anticipadas. Fue desarrollado para ser utilizado junto con el plan anual de Medicare. (Amblàs-Novellas, 2021)

Un diagnóstico correcto del tipo de incontinencia permite tratarla en la mayoría de los pacientes que lo padecen; las medidas preventivas incluyen la actividad física regular, evitar la ingesta de líquidos desde media tarde en personas con problemas de micción nocturna Iluminación adecuada y acceso fácil al cuarto de baño, disponer de orinal u otro dispositivo que contrarreste la urgencia miccional, evitar el empleo de hipnóticos, sedantes y diuréticos; así como es importante el adiestramiento en los ejercicios de suelo pélvico especialmente en mujeres con embarazos múltiples y partos vaginales finalmente, es en el colectivo de adultos mayores institucionalizados en el que este síndrome es más frecuente (50- 65%). (Amjad, 2018)

Los marcadores de riesgo para el síndrome de fragilidad se evaluarán con 3 escalas: 2 para vulnerabilidad (VES-13 y G-8) y 1 evaluará fragilidad (fenotipo de Fried). El VES-13 incluye 13 ítems (edad, salud auto percibida, evaluación funcional y física); La escala G-8 evalúa ingesta de alimentos, pérdida de peso, movilidad, deterioro neuropsiquiátrico, IMC, polifarmacia, salud auto percibida y edad; los valores van entre 0-17, y con un puntaje ≤ 14 se considera positivo para vulnerabilidad. El fenotipo de fragilidad de Fried evalúa 5 criterios: velocidad de marcha, fuerza de prensión de la mano, agotamiento físico, pérdida de peso y actividad física. Cada criterio se considerará positivo si el paciente se ubicó en el quintil inferior de la población; dicho fenotipo categorizará al paciente como no frágil (ningún criterio positivo), pre-frágil (1 o 2 criterios positivos) y frágil (3, 4 o 5 criterios positivos). (Runzer-Colmenares, 2017)

La demencia se diagnostica cuando las alteraciones cognitivas interfieren con la independencia y el funcionamiento social del paciente. Existen Varias herramientas de cribado, incluido el Mini-Cog o el Blessed Test de Orientación-Memoria-Concentración. El Mini-Cog es una breve evaluación que toma aproximadamente 2 minutos para realizar y se ha demostrado que tiene buena sensibilidad y especificidad para identificar la demencia en comparación con herramientas que requieren más tiempo. (Magnuson, 2019)

2.2.5 Manejo y Prevención

Síndrome de Inmovilidad

El mejor tratamiento de este síndrome, y en general de cualquiera de los síndromes geriátricos, es la prevención. Existe un especial riesgo de inmovilidad en pacientes con afectación de alguno de estos 4 sistemas: muscular, articular, cardiovascular y neurológico. Se recomienda que los pacientes diagnosticados de enfermedades deben ser estimulados para mantener un nivel de actividad adecuado a sus circunstancias, y si lo precisan, deben ser incluidos en programas de actividad dirigida, fisioterapia y terapia ocupacional.

Lo principal es prevenir y la educación para la salud hacia el adulto mayor sobre lo siguiente:

- Realizar actividad física, siempre, obviamente, adaptado a las peculiaridades del anciano.
- Conocer los efectos secundarios de los medicamentos que esté tomando, que puedan afectar a la capacidad de movimiento.
- Conocer cómo y cuándo realizar cambios de posición.
- Cuidados básicos de la piel.

Síndrome de Inestabilidad y caídas

La prevención es lo principal, para evitar las consecuencias agudas que derivan de la caída y las enfermedades subyacentes; sin embargo, lo más importante es prevenir las caídas sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria.

Síndrome de Incontinencia urinaria

El tratamiento incluye diversas opciones terapéuticas: ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel o conos vaginales), farmacoterapia o procedimientos quirúrgicos, en función del origen o tipo de incontinencia. No obstante, algunos pacientes no están en condiciones de someterse a un tratamiento curativo, y necesitan una continencia social que evite su aislamiento y su rechazo por parte de la sociedad; es en estos casos cuando el paciente debe recibir tratamiento con métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.). La prevención de la incontinencia urinaria debería iniciarse en edades anteriores a la vejez. El primer paso en las actividades preventivas es concienciar a los propios profesionales de la salud y a los pacientes de que la incontinencia no es una situación normal, por lo que precisa diagnóstico y tratamiento. (Rodríguez, 2020)

Síndrome de Deterioro cognitivo

El tratamiento incluye varias técnicas terapéuticas que son amplias: terapia ocupacional, psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, inhibidores de la colinesterasa, etc.). En relación con las actuaciones preventivas sobre el deterioro cognitivo crónico, cuyo máximo exponente es la demencia, no están totalmente delimitadas. En pacientes con deterioro de memoria e incluso demencia en fases leves, parece útil intentar mantener las capacidades mentales existentes mediante talleres de memoria, orientación a la realidad, adaptación del entorno, etc. Los factores de riesgo cardiovascular, que parecen implicados en la demencia vascular y en la alteración cognitiva asociada a la edad, deben ser controlados. (Amjad, 2018)

En la prevención de las formas agudas de deterioro cognitivo, principalmente en el síndrome confusional agudo, son útiles medidas como minimizar el uso de fármacos causantes de este cuadro, mantener la homeostasis del medio interno en pacientes con graves enfermedades, facilitar la presencia familiar, asegurarse de que el paciente dispone de sus ayudas habituales (gafas y audífonos) y modificar el entorno adaptándolo a unas condiciones favorables para el paciente de edad avanzada.

Síndrome de Fragilidad

Dado que la ingesta nutricional es un importante factor de riesgo modificable en el desarrollo y la progresión de desnutrición, fragilidad y sarcopenia, intervenciones dirigidas a estas condiciones utilizan con frecuencia estrategias basadas en la nutrición que tienen como objetivo mejorar la nutrición de un individuo, el trabajo internacional respalda el papel de nutrición usada sola o en combinación con ejercicio para ayudar en el manejo de estas condiciones. Además, se pueden aplicar las mismas estrategias para tratar la fragilidad y sarcopenia como el principio sigue siendo el mismo para mejorar el estado nutricional de un individuo. (Roberts, 2021)

2.3. Nivel socioeconómico

2.3.1. Definición

El término socioeconómico es una palabra compuesta que relaciona la sociedad con economía. Se entiende como *nivel socioeconómico* al conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales de una persona, una familia o un país. (Navarro García, 2015).

Sirve para caracterizar los mercados de productos y servicios en una sociedad según sus posibilidades de acceso a ellos. (Sudeste, 2010)

Se dice que el nivel socioeconómico es un *indicador* que surge por el análisis del salario de una persona, de sus condiciones de trabajo y su formación educativa. (Pérez Porto, 2021)

2.3.2. Estratificación

Existen varias escalas de estratificación del nivel socioeconómico las cuales dependen de cada país, la Asociación Mexicana de Agencias de Comunicación de Marketing (AMAP) en 2018 lo clasificó en siete niveles tomando en cuenta el nivel educativo del jefe de familia, acceso a internet en el hogar, ingresos hacia que vayan destinados, si poseen vehículo como características principales, son nombrados a través de ordenamiento similar al abecedario. (AMAI, 2018) Otra clasificación es la proporcionada por la Asociación Argentina de Marketing que lo clasifica en: Alto 1, alto 2, medio alto, medio típico, bajo superior, bajo inferior y marginal. Esta clasificación se basa en la capacidad adquisitiva y el gasto. (Sudeste, 2010)

En 2013 se realizó un estudio titulado “Niveles socioeconómicos en Guatemala” realizado por la Unión Guatemalteca de Agencias de Publicidad (UGAP) donde se logró determinar que el 62.8%

de personas se encuentran en un nivel bajo con un ingreso mensual promedio por debajo de Q. 7200; el 35.4% pertenece a la clase media con ingreso promedio mensual entre Q. 11000 y Q. 25,000 y la clase alta representa únicamente el 1.8% con ingresos mensuales arriba de los Q. 61000. (Bollmann, 2013). Hay que tomar en cuenta que debido a la pandemia por Covid-19 ha marcado desde el punto de vista socioeconómico a la sociedad guatemalteca por lo que las cifras mencionadas en el estudio realizado por la UGAP probablemente se han modificado y haya incrementado el porcentaje de población en nivel bajo. (ONU, 2020)

También se utiliza en nuestro medio una escala de siete niveles los cuales se conforman de la siguiente manera dependiendo del ingreso promedio mensual por familia: Nivel A (más de 100,000 quetzales), Nivel B (más de 61,000 quetzales), Nivel C1 (25,500 quetzales), Nivel C2 (17,500 quetzales), Nivel C3 (11,900 quetzales), Nivel D1 (7,200 quetzales) y Nivel D2 (3,400 quetzales). (Calderón, 2018)

2.3.3. Situación socioeconómica actual del adulto mayor en Guatemala

En Guatemala actualmente la población adulta mayor se ha ido incrementando debido a una mayor esperanza de vida por lo que las instituciones como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Gobierno de Guatemala son insuficientes para cubrir las necesidades de todos los adultos mayores, ya que la mayoría de ellos carecen del beneficio de jubilación provocando que este grupo etáreo se encuentre desprotegido.

Según el informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en Guatemala realizado por la Procuraduría de Derechos Humanos en 2012 están clasificados dentro del grupo de los vulnerables por cumplir las siguientes características: Expuestos por la edad, situación familiar, situación laboral, enfermedades, abandono familiar, bajos ingresos económicos entre otros. (Guatemala, 2012)

La Comisión Económica para América Latina de la ONU menciona que el 40% de la población adulta mayor está catalogada como pobre, el 88% no tiene acceso a pensión ni a jubilación y el 12% que si la tiene no logra cubrir sus necesidades básicas con esto. (Guatemala, 2012)

En la Asamblea General de la Naciones Unidas en 1991 plantean que el adulto mayor debería de tener acceso a servicios de salud, alimentación, protección de su familia, trabajo, vivienda, ropa, libres de maltrato, seguridad entre otras cosas. Por desgracia como se menciona anteriormente, en

Guatemala es alto el porcentaje que se encuentra en un nivel socioeconómico catalogado como bajo por lo que es prácticamente imposible que se cubran todos estos rubros. (Rodríguez, 2005)

A finales de 2020 el Gobierno de Guatemala encomendó el cuidado del adulto mayor para ofrecer atención integral a través del Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV), esta instancia está integrada por el ministerio de Trabajo, MSPAS, SOSEP, IGSS y la PGN. Tienen a su cargo la coordinación, aplicación y cumplimiento de la promoción de las políticas de la tercera edad a nivel nacional. (Larios, 2020).

2.4. Hogar para el cuidado del adulto mayor San José

2.4.1. Historia.

La idea de fundar un hogar dedicado al cuidado del adulto mayor nace en el año 2005 por dos personas visionarias al notar la necesidad inminente del cuidado de este grupo etáreo el cual es muy difícil de llevar en muchas ocasiones por los familiares lo que conlleva al descuido y hasta el abandono.

Este deseo se ve materializado el 19 de marzo de 2019 cuando se inaugura el Hogar para el cuidado del adulto mayor San José con su sede en Ciudad San Cristóbal zona 8 de Mixco, lugar donde se encuentra hasta el día de hoy.

Desde su apertura se ha brindado cuidados a personas adultas mayores con diagnósticos importantes como lo es la demencia, secuelas de enfermedad cerebrovascular entre otras. Durante este corto tiempo han vivido numerosos residentes en ella, actualmente cuenta con 15 residentes.

2.4.2. Organización.

El hogar se ubica en un área residencial, ocupando una casa de dos niveles con seis habitaciones para una capacidad de 18 residentes. Con dos salas de estar y dos pequeños jardines internos, sala, comedor, cocina y área de enfermería.

Es administrado por dos personas quienes tienen a su cargo adicionalmente la responsabilidad del cuidado indirecto de los residentes, cocinera, personal de limpieza (2), médico responsable y 6 enfermeras, tres en cada turno.

2.4.3. Servicios.

Se presta servicio de cuidado al adulto mayor de forma permanente, apoyando a las familias que ya no le es posible por diversas causas. Se les brinda cuidado personal, alimentación, atención médica y de enfermería.

CAPÍTULO III. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Métodos de investigación

3.1.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue *observacional-analítico*, debido a que se pretendió establecer una relación causal entre las variables; según el espacio fue temporal *transversal* porque se desarrolló durante un tiempo establecido, y de acuerdo con el método de estudio fue *retrospectivo* porque los datos obtenidos se obtuvieron de datos que habían sido recolectados en otro momento

3.2. Técnicas:

Para establecer el nivel socioeconómico de los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José se utilizó una entrevista directa al adulto mayor y/o a algún familiar o encargado. Se implementó el método observacional para conocer los síndromes geriátricos que se presentan con mayor frecuencia en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José a fin de recopilar y registrar la información para su análisis.

El método observacional fue el utilizado para caracterizar a los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.

3.3. Instrumentos:

Con el objetivo de establecer el nivel socioeconómico se utilizó la ficha clínica de valoración geriátrica integral, la cual fue elaborada y validada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Galileo incluida en la página dos y tres, en su sección denominada *valoración sociofamiliar*.

Para conocer los síndromes geriátricos que se presentan con mayor frecuencia se utilizó la sección descrita como *síndromes geriátricos* en la página número uno de la Ficha clínica de valoración geriátrica integral, elaborada y validada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Galileo.

Se utilizó para caracterizar a los residentes del Hogar, la sección de *datos generales* en la página uno de la Ficha clínica de valoración geriátrica integral, la cual fue elaborada y validada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Galileo.

3.4. Cronograma de actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación	X					
Revisión bibliográfica	X	x				
Diseño de instrumentos		x				
Validación de instrumentos			x			
Levantamiento de información				x		
Ingreso y procesamiento de datos					x	
Entrega de investigación						x

3.5. Recursos

3.5.1 Recursos humanos

- Sujetos de la investigación
- Informadores
- Asesora
- Investigadoras

3.5.1.1 Investigadores

- Dra. Daniela Méndez Mendoza
- Dra. Balvina De Los Ángeles Solares Morales
- Dra. Asbel Briseida Azurdia Vega
- Dra. Leslie Jeaneth Monzón Leal

3.5.1.2 Asesor

- Licda. Silvia Estrada

3.5.1.3 Sujetos de la investigación entre otros

- Hombres y mujeres adultos mayores de 65 años residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.

3.5.1.4 Personal de la institución

- Administradores
- Médico encargado
- Fisioterapeuta

- Personal de enfermería
- Personal de limpieza
- Personal de cocina

3.5.2 Recursos materiales

Inmueble: Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.

Batas blancas, mascarillas, gorros quirúrgicos, alcohol en gel.

3.5.2.1 Transporte

Vehículo propio.

3.5.2.2 Equipo de oficina

Computadora, impresora, escritorio, sillas.

3.5.2.3 Insumos de oficina

Hojas de papel, lápices, borradores, lapiceros, resaltadores, grapadora, grapas.

3.5.2.4 Internet

Compañía de telecomunicaciones Tigo, ancho de banda de 20 GB.

3.5.2.5 Alimentación

Restringida debido a la situación actual de pandemia por COVID-19.

3.5.2.6 Combustible

Gasolina super para vehículo propio

3.5.3 Recursos financieros

Recurso	Quetzales
Transporte	Q 500.00
Equipo de oficina	Q 3000.00
Insumos de oficina	Q 200.00
Internet	Q 300.00
Alimentación	Q 00.00
Combustible	Q 500.00
TOTAL	Q 4500.00

CAPÍTULO IV.

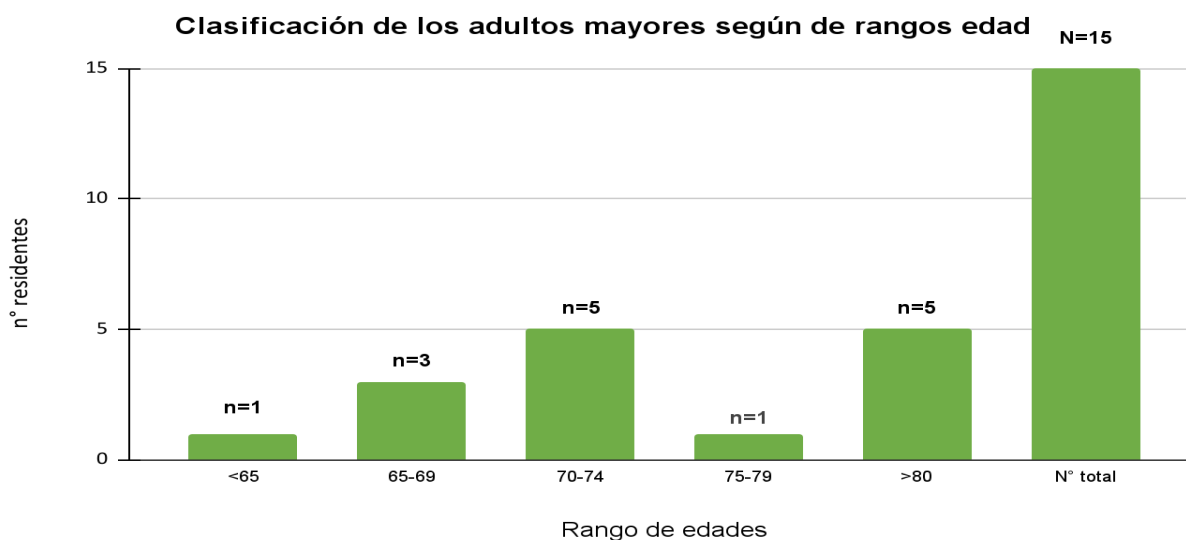
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Caracterización de los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.

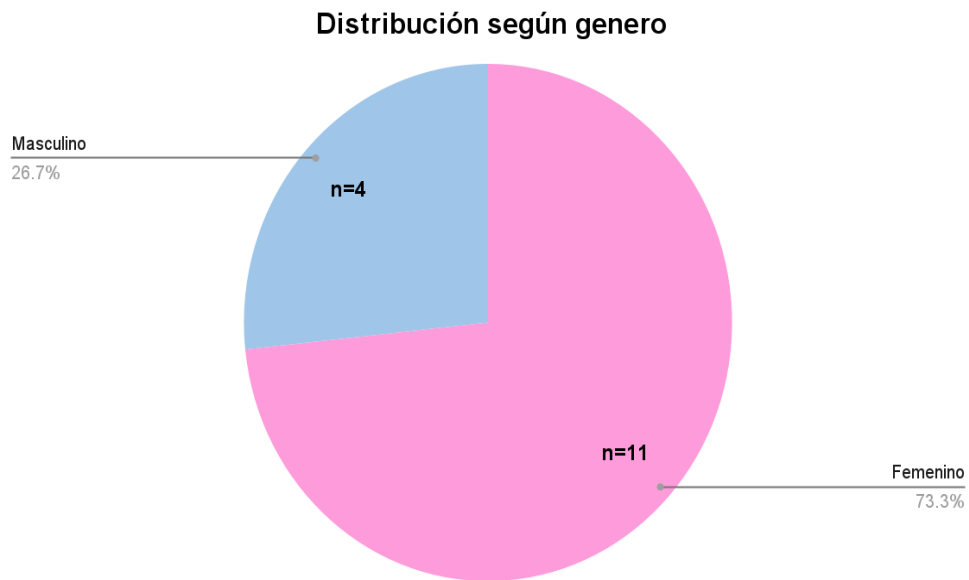
Al analizar el rango de edad de los adultos mayores (N=15) el, 33.3% (n=5) de los residentes adultos mayores están entre 70 a 74 y mayor a 80 años respectivamente.

Gráfica No. 1. Caracterización de los residentes adultos mayores según rangos de edad



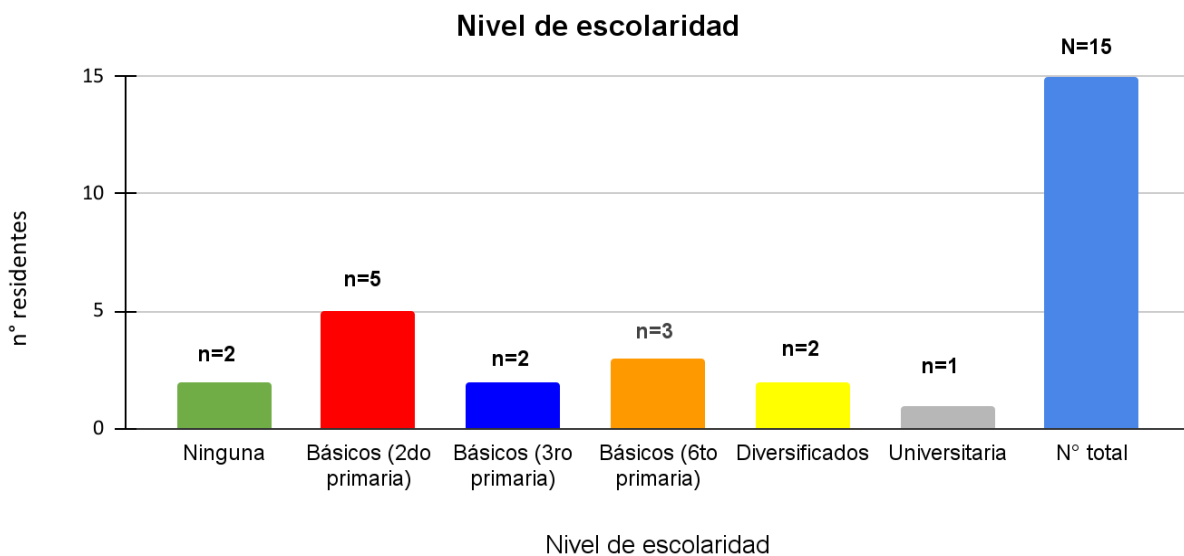
Los resultados muestran que la mayor proporción de residentes adultos mayores son femeninos representados por un 73.3% (n= 11) y el resto son masculinos.

Gráfica No. 2. Caracterización de los residentes adultos mayores según su distribución de género



Al analizar la escolaridad de los residentes adultos mayores, el 13.33% (n=2) carecen de escolaridad, mientras que tan solo 6.66% (n=1) lograron un nivel de escolaridad universitario.

Gráfica No. 3. Caracterización de los residentes adultos mayores según su nivel de escolaridad



4.1.2 Establecer el nivel socioeconómico de los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José

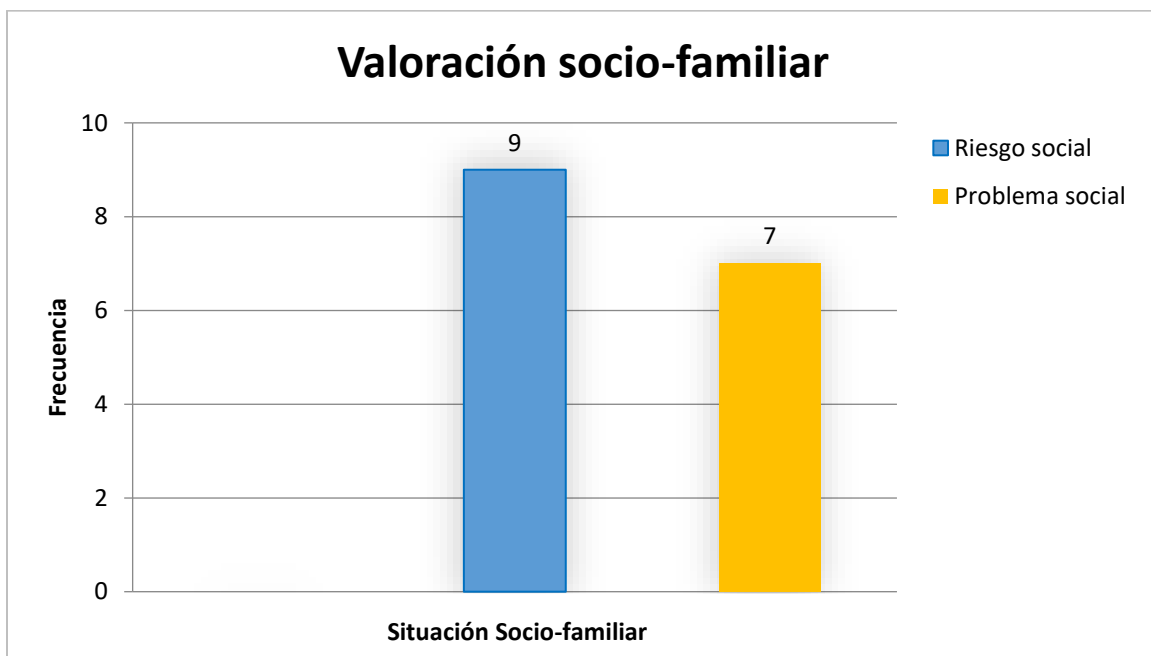
El nivel socioeconómico en Guatemala se basa principalmente en siete niveles que corresponde al ingreso neto en quetzales por familia. En la tabla 1, se observa que el total de adultos mayores se encuentra con un nivel socioeconómico familiar D2 que corresponde a un ingreso familiar por debajo de los tres mil cuatrocientos quetzales (Q3,400.00).

Tabla No. 1. Nivel socioeconómico de los residentes adultos mayores

NIVEL SOCIOECONÓMICO	f
NIVEL A (más de 100,000 quetzales al mes)	0
NIVEL B (más de 61,000 quetzales al mes)	0
NIVEL C1 (25, 500 quetzales al mes)	0
NIVEL C2 (17,500 quetzales al mes)	0
NIVEL C3 (11,900 quetzales al mes)	0
NIVEL D1 (7,200 quetzales al mes)	0
NIVEL D2 (3,400 quetzales al mes)	15

La gráfica 4 evidencia que nueve de los residentes adultos mayores tienen riesgo social, siete de ellos catalogados con un problema social y ninguno de ellos tiene una buena situación social.

Gráfica No. 4. Situación sociofamiliar de los residentes adultos mayores



4.1.3 Síndromes geriátricos más frecuentes que se presentan los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José.

Se evidencia en la siguiente tabla que los síndromes más frecuentes dentro de los 15 residentes del Hogar San José son las caídas siendo esta la principal, le sigue la deprivación sensorial visual e insomnio con la misma frecuencia. Los síndromes completamente ausentes dentro de esta población son la confusión aguda y úlceras. Cabe mencionar que dos de los residentes no presentan ningún síndrome geriátrico.

Tabla No. 2. Prevalencia de Síndrome geriátricos en los residentes adultos mayores

RESIDENTE	D. visual	D. auditiva	Síncope	Caídas	Insomnio	Inmovilidad	incontinencia urinaria	Incontinencia Fecal	Constipación
1	x			x					x
2	x	x		x	x		x		
3	x	x	x	x	x		x	x	
4	x			x	x	x			x
5	x								
6						x			x
7		x		x	x	x		x	
8				x		x			
9	x		x	X	x		x		x
10		x		X			x		x
11	x				x				
12				X					
13									
14					x				
15	7	4	2	9	7	4	4	2	5

4.2. Discusión

En este estudio se logró caracterizar a los residentes adultos mayores del Hogar San José, donde se encontró que el 66.66% de ellos pertenecen de manera proporcional al grupo de 70 a 74 años y al grupo mayor a 80 años. La mayoría de los residentes fueron del género femenino 73.33% (n=11) sin nivel de escolaridad 13.33% (n=2), mientras que tan solo el 6.66% (n=1) demostró un nivel de escolaridad universitaria.

La totalidad de los residentes adultos mayores del Hogar San José se encuentran dentro del nivel D2 ya que se basó en los ingresos familiares de su previo núcleo familiar antes de llegar al hogar. Este resultado coincide con lo descrito por la Comisión Económica para América Latina de la ONU donde menciona que el 40% de la población adulta mayor está catalogada como pobre. Esto puede deberse a que la población adulta mayor es una de las más vulnerables en nuestro país por diversas razones y una de ellas es la económica, la mayoría de los adultos mayores dependen económicamente de sus familiares y muy pocos de jubilaciones o ayuda estatal siendo el caso de nuestra población en estudio muy similar a la presentada en el resto de la población guatemalteca.

Los síndromes geriátricos forman parte del proceso de envejecimiento sin embargo no todos los adultos mayores los presentan como es el caso de nuestra población en estudio donde dos de los residentes no presentan ningún síndrome geriátrico no estando relacionado con ninguna otra característica en particular. En 2010 en los adultos mayores hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes el nivel socioeconómico, educativo y cultural es alto por lo que concluyeron que la susceptibilidad a los síndromes geriátricos es independiente de estos aspectos y que podían relacionarse directamente con el envejecimiento per se.

La mayoría de los residentes del hogar San José presentan el síndrome “caídas” dentro de su evolución geriátrica integral como antecedente siendo el síndrome geriátrico con mayor prevalencia dentro de este grupo. Según Lorenza Martínez en el estudio que realizó en 2010 en el ABC Medical Center IAPes en la causa principal de accidentes en el adulto mayor ocupando la 6ta. casilla en causas de muerte en este rango de edad; este dato se debe de tomar en cuenta para disminuir el riesgo dentro del hogar San José actualmente.

La privación sensorial visual, así como el insomnio fueron otros síntomas geriátricos frecuentes en el grupo de estudio. Principalmente por deterioro normal del envejecimiento, la mayoría de ellos con lentes correctivos principalmente para leer. Comparativamente en el ABC Medical Center un 56% de los pacientes presentaban esta privación y en la presente investigación los pacientes lo padecían en un 46% muy similares los dos.

El grupo que padece de insomnio es representativo dentro del Hogar en 46%, tomando en cuenta que este trastorno del sueño es el más frecuente en el adulto mayor teniendo como causas: enfermedades crónicas, enfermedades psiquiátricas y medicamentos que se consumen. En el estudio de ABC Medical Center es menor el porcentaje de trastornos del sueño representando únicamente 21% el insomnio ya que en este centro han logrado que el ambiente sea muy propicio para el descanso confortable para los residentes.

Al analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor no puede concluirse que la alta incidencia de síndromes geriátricos tenga relación con el estado socioeconómico pues la totalidad de los residentes están estratificados en el nivel económico más bajo de la escala (D2) por lo que no puede realizarse una comparación entre residentes de nivel socioeconómico más alto, muy similar al estudio de Lorenza Martínez que finalmente no relacionaron el nivel socioeconómico, educativo y cultural con la presencia de síndromes geriátricos ya que lo asociaron más al envejecimiento; comparativamente ellos manejaban un nivel socioeconómico alto y en el caso del Hogar un nivel bajo.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- Del total de residentes adultos mayores (N=15) del Hogar San José, están en su mayoría 66.66% entre 70 a 74 años y 80 años respectivamente, prevaleciendo el género femenino 73.33% (n=11) siendo la mayoría 13.33% (n=2) sin escolaridad y solo una persona con estudios universitarios.
- La estratificación socioeconómica de los residentes del Hogar San José se encuentra catalogada en el nivel D2 de la escala de estratificación, que representa un ingreso familiar menor a tres mil doscientos quetzales (Q. 3,200.00)
- Los síndromes geriátricos con mayor prevalencia en los residentes del Hogar San José son: caídas, deprivación sensorial visual e insomnio.
- La hipótesis planteada se rechazó porque no se logró determinar una relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del Hogar para el cuidado del adulto mayor San José debido a que la totalidad de los residentes se encuentran en el estrato económico más bajo de la escala utilizada.

5.2. Recomendaciones:

- Replicar la investigación en otras residencias del adulto mayor en donde el nivel socioeconómico de los pacientes sea diferente, para poder comparar si el nivel socioeconómico influye en la aparición de los síndromes geriátricos.
- Incluir para futuras investigaciones la creación de un plan de ayuda para las residencias que están al cuidado del adulto mayor en donde se eduque al paciente y a los familiares sobre los síndromes geriátricos y como pueden apoyar al adulto mayor.
- Realizar una evaluación a la infraestructura de la casa hogar para poder identificar las áreas que se deben de reforzar estructuralmente a fin de llegar a obtener un recinto el cual permita la adecuada permanencia y seguridad de los adultos mayores.

CAPÍTULO VI.

6.1. Bibliografía

- AMAI. (2018). *AMAP*. Obtenido de <https://amap.com.mx/noticias/cuantos-niveles-socioeconomicos-hay-y-cuales-son-sus-principales-caracteristicas/>
- Ambiàs-Novellas, J. C. (2021). VIG-Express: Consenso de un sistema de valoración multidimensional/geriátrica rápida en Cataluña. *Atencion primaria*, 53(4), 101-993. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101993>
- Amjad, H. R. (2018). Underdiagnosis of Dementia: an Observational Study of Patterns in Diagnosis and Awareness in US Older Adults. *ournal of general internal medicine*. , 33(7), 1131-1138. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-018-4377-y>
- Ariño. (2002). La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *JANO Elsevier Newslwttter*, 41-3.
- Bollmann, C. (28 de Noviembre de 2013). *Estrategia y negocios*. Obtenido de <https://www.estrategiaynegocios.net/lasclavesdeldia/562566-330/guatemala-presentan-estudio-sobre-niveles-socioeconomicos>
- Bongue, B. B.-A. (2017). Predictive performance of four frailty screening tools in community-dwelling elderly. *BMC geriatrics*, 17(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0633-y>
- Calderón, A. (2018). *Niveles Socioeconómicos en Guatemala*. Obtenido de ALKS: <https://www.alksconsultores.com/post/2018/03/07/niveles-socioecon%C3%B3micos-en-guatemala>
- Carlos d'Hyver de las Desesa, T. L. (2011). Prevalencia de síndromes geriátricos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*.
- Contrapoder. (septiembre de 2013). *Central América Data*. Obtenido de https://www.centralamericadata.com/es/article/home/Niveles_socioeconmicos_en_Guatemala#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20estudio%2C%20el%201,8%25%2C%20el%20nivel%20bajo.
- Gerontología, S. E. (2006). *Tratado de Geriátrica para Residentes*. Madrid.
- GUATEMALA, C. P. (2015). *DECRETO 80-96. GUATEMALA: SALUD*.
- Guatemala, P. d. (23 de Febrero de 2012). *Gerontología Org*. Obtenido de <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2356#:~:text=2.4%20La%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20mayor&text=El%2088%25%20vive%20sin%20acceso,vivir%20de%20una%20manera%20digna.>
- IMSS. (2010). *Valoración ferriátrica integral en unidades de Atención médica. Evidencias y recomendaciones*. México: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica CENETEC.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, I. (2018). *ESTADISTICA NACIONAL*. GUATEMALA.
- Jauregui, R. (2003). *El arte de envejecer*. Granma.
- Larios, B. (28 de agosto de 2020). Obtenido de <https://agn.gt/adulto-mayor-es-una-prioridad-para-el-gobierno-de-guatemala/>
- León, T. (2010). Prevalencia de Síndromes Geriátricos. *Scielo*.
- Lightner, D. J. (01 de Sep de 2019). Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. (I. American Urological Association Education and Research, Ed.) *The Journal of urology*, 202(3), 558-563.
doi:<https://doi.org/10.1097/JU.0000000000>
- Luna M, C. A. (2018). Síndromes geriátricos, los grandes ausentes en los índices de comorbilidad usados para determinar el riesgo de desarrollar demencia. *Acta Medica Peruana*, 35(3), 189-90.
- Magnuson, A. (2019). *A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression* (Vol. 39). American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting.
doi:https://doi.org/10.1200/EDBK_237641
- Montaña-Álvarez, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos.
- Morley, J. E. (13 de May de 2017). Rapid Geriatric Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(3), 431-440. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.03.006>
- Navarro García, J. (noviembre de 2015). *Economía gestiona a tu favor*. Obtenido de <https://economia.org/nivel-socioeconomico.php>
- ONU. (4 de AGOSTO de 2020). *Naciones Unidas Guatemala*. Obtenido de <https://guatemala.un.org/es/86303-analisis-de-los-efectos-e-impactos-socioeconomicos-covid-19-en-guatemala#:~:text=La%20pandemia%20derivada%20de%20la,niveles%20de%20pobreza%20y%20desigualdad.>
- Pérez Porto, J. (2021). *Definición. De*. Obtenido de <https://definicion.de/socioeconomico/>
- Pérez, I. G. (Mayo de 2020). *Geriatricarea*. Obtenido de <https://www.geriatricarea.com/2020/05/04/sindromes-geriatricos-monografico-especial-geriatricarea/>
- Pérez, M. (2021). *Definición del adulto mayor*.
- Ramos, P. (1997). *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Roberts, S. C. (2021). Identifying and Managing Malnutrition, Frailty and Sarcopenia in the Community: A Narrative Review. . *Nutrients*, 13((7)). doi:<https://doi.org/10.3390/nu13072316>

- Rodríguez, O. (2005). *ODHAD ORG*. Obtenido de http://www.odhag.org.gt/wordpress/wp-content/uploads/2021/01/Adulto_mayor_exclusion.pdf
- Rodríguez, S. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 777-785.
- Runzer-Colmenares, F. M.-P.-R.-R. (2017). Frailty and vulnerability as predictors of radiotoxicity in older adults: A longitudinal study in Peru. *Medicina clínica*, 149(8), 325-330.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.02.022>
- Salud, O. M. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra.
- Sanford, A. M. (2020). High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLOS ONE* 15 (6), 1-12.
- Sudeste, U. N. (2010). *med.unne.org*. Obtenido de <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/Clase%20social%20y%20Nivel%20Socio%20-%20Econ%20C3%B3mico.pdf>
- Ucha, F. (2013). *DEFINICION ADULTO MAYOR*.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

7.1. Anexo 1, Rapid Geriatric Assessment



Saint Louis University
Rapid Geriatric Assessment*

*There is no copyright on these screening tools and they may be incorporated into the Electronic Health Record without permission and at no cost.

ID#: _____ Sex: _____ Age: _____ Primary Care Provider Y / N
 Ethnicity (circle): African/Am Asian Caucasian Hispanic Non-Hispanic



The Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool

Fatigue: Are you fatigued?
Resistance: Cannot walk up one flight of stairs?
Aerobic: Cannot walk one block?
Illnesses: Do you have more than 5 illnesses?
Loss of weight: Have you lost more than 5% of your weight in the last 6 months?

Scoring: 3 or greater = frailty; 1 or 2 = prefrail

From Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, et al. J Am Med Dir Assoc 2013;14:392-397.

Total FRAIL Score: _____

SARC-F Screen for Sarcopenia (Loss of Muscle)

Component	Question
Strength	How much difficulty do you have in lifting and carrying 10 pounds? Scoring: None = 0 Some = 1 A lot or unable = 2
Assistance in Walking	How much difficulty do you have walking across a room? Scoring: None = 0 Some = 1 A lot, use aids or unable = 2
Rise from a Chair	How much difficulty do you have transferring from a chair or bed? Scoring: None = 0 Some = 1 A lot or unable without help = 2
Climb stairs	How much difficulty do you have climbing a flight of ten stairs? Scoring: None = 0 Some = 1 A lot or unable = 2
Falls	How many times have you fallen in the last year? Scoring: None = 0 1-3 Falls = 1 4 or more falls = 2

Total score of 4 or more indicates Sarcopenia

From Malmstrom TK, Morley JE. J Frailty and Aging 2013;2:55-6.

Total SARC-F Score: _____

SNAQ (Simplified Nutritional Assessment Questionnaire)

My appetite is	Food tastes
a. very poor	a. very bad
b. poor	b. bad
c. average	c. average
d. good	d. good
e. very good	e. very good

When I eat

a. I feel full after eating only a few mouthfuls	a. Less than one meal a day
b. I feel full after eating about a third of a meal	b. One meal a day
c. I feel full after eating over half a meal	c. Two meals a day
d. I feel full after eating most of the meal	d. Three meals a day
e. I hardly ever feel full	e. More than three meals a day

Normally I eat

Scoring: a=1, b=2, c=3, d=4, e=5.
A score \leq 14 indicates significant risk of at least 5% weight loss within 6 months.

From Wilson et al. Am J Clin Nutr 2005;82:1074-81.

Total SNAQ Score: _____

Rapid Cognitive Screen (RCS)

1. Please remember these five objects. I will ask you what they are later.
[Read each object to patient using approx. 1 second intervals.]
Apple Pen Tie House Car

2. [Give patient pencil and the blank sheet with clock face.] This is a clock face. Please put in the hour markers and the time at ten minutes to eleven o'clock
[2 pts/hr markers ok; 2 pts/time correct]

3. What were the five objects I asked you to remember?
[1 pt/ea]

4. I'm going to tell you a story. Please listen carefully because afterwards, I'm going to ask you about it.

Jill was a very successful stockbroker. She made a lot of money on the stock market. She then met Jack, a devastatingly handsome man. She married him and had three children. They lived in Chicago. She then topped work and stayed at home to bring up her children. When they were teenagers, she went back to work. She and Jack lived happily ever after.
What state did she live in? [1 pt]

SCORING

8-10..... Normal
 6-7..... Mild Cognitive Impairment
 0-5..... Dementia

From Malmstrom TK, Voss VB, Cruz-Oliver DM et al J Nutr Health Aging 2015;19:741-744.

Total RCS Score: _____

Advance Directive
 Do you have an advance directive? Y/N

Revised 8/15/2016

7.2 ANEXO 2. Ficha Clínica Valoración Geriátrica Integral



FICHA CLINICA

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

DATOS GENERALES	Expediente No.	Fecha:	
	Nombre de Paciente:	Edad:	
	Género: M F	Religión:	Estado Civil:
	Escolaridad:	Cuidador:	
	Ocupación:	Informante:	
	Informante:	Médico Entrevistador:	
MOTIVO DE CONSULTA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	Motivo de Consulta:		
	Historia de Enfermedad Actual:		
SINDROMES GERIATRICOS	Confusión Aguda	Insomnio	
	Deprivación Sensorial: Visual	Inmovilidad	
	Auditiva	Incontinencia: Urinaria	
	Síncope	Fecal	
	Caídas	Constipación	
	Úlceras por Presión		
ANTECEDENTES MEDICOS			

Uso con fines académicos



ANTECEDENTES QUIRURGICOS				
ANTECEDENTES TRAUMATICOS				
ANTECEDENTES ALERGICOS				
ANTECEDENTES FAMILIARES				
HÁBITOS Y VICIOS	Hábito Intestinal:		Alcoholismo:	
	Hábito Urinario:		Tabaquismo:	
	Hábito de Sueño:		Drogas de Abuso:	
	Actividad Física:		Cocinó con Leña:	
VALORACION SOCIO-FAMILIAR	PTS	SITUACION FAMILIAR	PTS	SITUACION ECONOMICA
	1	Vive con familia sin conflicto familiar	1	Das veces el salario mínimo vital
	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
	3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos	5	Sin pensión, sin otros ingresos
	PTS	VIVIENDA	PTS	RELACIONES SOCIALES
	1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda	2	Relación social sólo con familia y vecinos
	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado	3	Relación social solo con la familia
	4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia
	5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas

Uso con fines académicos



VALORACION SOCIO-FAMILIAR

PTS	APOYO DE LA RED SOCIAL	VALORACION SOCIO FAMILIAR
1	No necesita apoyo	Buena/aceptable situación social
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	Existe riesgo social
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	Existe problema social
4	No cuenta con Seguro Social	5 a 9 pts: Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts: Existe riesgo social, mayor o igual a 15 pts, existe problema social.
5	Situación de abandono familiar	

VALORACION FUNCIONAL (Actividades Básicas de la Vida Diaria – Índice de Barthel)

pts	Comer	pts	Deposiciones	pts	Subir y bajar gradas
10	Independiente	10	Continente	10	Independiente
5	Necesita ayuda	5	Accidente ocasional	5	Necesita ayuda
0	Dependiente	0	Incontinente	0	Dependiente
pts	Lavarse - Bañarse	Pts	Micción	Puntuación total 0-20 dependencia total 21-40 dependencia severa 41-60 dependencia moderada 61-90 dependencia mínima 100 independencia	
5	Independiente	10	Continente		
0	Dependiente	5	Accidente ocasional		
0	Dependiente	0	Incontinente		
pts	Vestirse	pts	Ir al retrete		
10	Independiente	10	Independiente		
5	Necesita ayuda	5	Necesita ayuda		
0	Dependiente	0	Dependiente		
pts	Arreglarse	Pts	Trasladarse al sillón/cama		
5	Independiente	15	Independiente		
0	Dependiente	10	Mínima ayuda		
0	Dependiente	5	Gran ayuda		
Pts	Deambulación	pts			
15	Independiente	0	Dependiente		
10	Necesita ayuda	5	Independiente en silla de ruedas		
5	Independiente en silla de ruedas	0	Dependiente		

VALORACION MENTAL (TEST DE PEEFFER)

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	Error	Acierto	Normal Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo Menor de 2 errores: Normal 3 a 4 errores: deterioro cognitivo leve 5 a 7 errores: deterioro cognitivo moderado 8 a 10 errores: deterioro cognitivo severo
¿Qué día de la semana?			
¿En qué lugar estamos?			
¿Cuál es su dirección completa?			
¿Cuántos años tiene?			
¿Dónde nació?			
¿Quién es el presidente actual?			
¿Quién era previamente el presidente?			
Digame el primer apellido de su madre			
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualesq. error hace errónea la respuesta)			

VALORACION AFECTIVA

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Marque con X si corresponde	Sin manifestaciones depresivas (0-1 marcas)	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			Con manifestaciones depresivas (2 o más marcas)
¿Tiene problemas de memoria?	SI			
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

Escala abreviada de Yesavage

2

Uso con fines académicos



ESTADO
NUTRICIONAL

EXAMEN FISICO

ESTADO NUTRICIONAL

Adelgazado
Normal
Sobrepeso
Obesidad

INDICE DE MASA CORPORAL

Menor o igual a 23
23.1 – 27.9
28 – 31.9
32 o más

PESO:	TALLA:	IMC:
PA:	FC:	FR:
TEMP:	GLUCOMETRIA:	OXIMETRIA:
ESTADO GENERAL:		
PIEL Y FANERAS:		
CABEZA:		
OJOS:		
OIDOS:		
NARIZ:		
OROFARINGE:		
CUELLO:		
TORAX:		
CORAZON:		
PULMONES		
ABDOMEN:		
GENITO URINARIO:		
TACTO RECTAL:		
MUSCULO ESQUELETICO:		
MARCHA:		
NEUROLOGICO:		
REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS:		



RESUMEN

DIAGNOSTICOS

VALORACIONES

VALORACION SOCIO- FAMILIAR:

VALORACION FUNCIONAL:

VALORACION MENTAL:

VALORACION AFECTIVA:

VALORACION NUTRICIONAL:

SINDROMES GERIATRICOS

SINDROMES GERIATRICOS PRESENTES:

