

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**CARACTERIZACIÓN DE TRASTORNOS PSICOGERIÁTRICOS SEGÚN
EL GRADO DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN ADULTOS
MAYORES DE LA RESIDENCIA OASIS DEL EDEN HOPE OF LIFE
INTERNATIONAL, EN RÍO HONDO, ZACAPA**

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR DR. JORGE EDUARDO BRAN GIRON

PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE

GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
EN EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2017

INDICE

Introducción	4.
Marco metodológico.....	5.
1.1. Justificación de la investigación	5.
1.2. Planteamiento del problema	6.
1.2.1. Definición del problema	6.
1.2.2. Especificación del problema	6.
1.2.3. Delimitación del problema.....	6.
1.2.3.1. Unidad de análisis.....	7.
1.2.3.2. Sujetos de la investigación.....	7.
1.2.3.3. Tamaño de la muestra	7.
1.2.3.4. Ámbito geográfico.....	7.
1.2.3.5. Ámbito Temporal.....	7.
1.3. Hipótesis.....	7.
1.4. Objetivos de la Investigación	8.
1.4.1 Objetivo general.....	8.
1.4.2 Objetivos específicos	8.
2.1. El adulto mayor en Guatemala.....	9.
2.2. Hope of Life International.....	10.
2.3. Psicogeriatría y valoración de los trastornos psicogeriátricos.....	11.
2.4. Trastornos Psicogeriátricos.....	11.
2.5. Dependencia.....	18.
2.6. Fragilidad	18.
3. Métodos, Técnicas e instrumentos.....	19.
3.1. Tipo de Estudio.....	19.
3.2. Técnicas.....	19.
3.3. Instrumentos.....	21.
3.4. Cronograma.....	22.
3.5. Recursos.....	22.

4.1. Resultados.....	24.
4.2. Discusión.....	30.
5.1. Conclusiones.....	32.
5.2. Recomendaciones.....	33.
6. Bibliografías.....	34.
7. Anexos.....	35.

INTRODUCCION

En los últimos años Guatemala ha tenido un incremento relevante en el número de personas mayores y en los factores que acompañan al envejecimiento patológico.

Los trastornos psicogeríátricos afectan la salud mental de las personas mayores que por definición es un determinante para el desarrollo de dependencia y fragilidad, siendo predictores de morbimortalidad.

Debido a la necesidad de identificar y clasificar a las personas mayores que padecen estos trastornos con la premisa de una detección oportuna y que permita conocer las intervenciones que se realicen para prolongar la independencia funcional y disminuir el grado de fragilidad con el fin de preservar y dar calidad de vida de las personas mayores.

El objeto principal de esta investigación fue caracterizar los trastornos psicogeríátricos y correlacionarlos conforme el grado de dependencia y fragilidad en la residencia de personas mayores Oasis del Edén, Hope of Life estableciendo la relación de estos dos factores sumamente importantes y proponer planes de intervención de un equipo multidisciplinario que ira prever situaciones de riesgo.

El desarrollo de la investigación de los trastornos psicogeríátricos tuvo un alto alcance y beneficio a las personas mayores residentes, dando pauta a que los profesionales que conformen los equipos multidisciplinarios realicen una valoración geriátrica integral además con el objeto de realizar otras investigaciones con el enfoque de mejorar la salud mental de nuestras personas mayores

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

1.1. Justificación de la investigación

La salud mental de las personas mayores es un área de valoración geriátrica importante donde se refleja diversas patologías que crean dependencia y fragilidad ocasionando el deterioro de las habilidades cognitivas.

Las residencias para personas mayores actualmente son llamadas “La gran Alternativa” debido que permite a las familias institucionalizar al adulto mayor en su mayoría por enfermedades que afectan la salud mental. Por tanto los trastornos psicogerítricos tienen una alta frecuencia en la población reflejando la disminución de la autonomía ante los determinantes de ser frágil y ser dependiente.

La valoración geriátrica integral es cuadrifuncional estando entre ellas la esfera funcional y mental que permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las personas mayores con condiciones psicogeriatría

La funcionalidad de las personas mayores se centra en las actividades básicas de la vida diaria, siendo el índice de Barthel la más propicia para la valoración de la capacidad de una persona para realizar de forma independiente las actividades básicas, estimando la necesidad de cuidado personal.

La fragilidad además de ser un determinante es un marcador clínico que se caracteriza por la disminución de resistencia y de reservas fisiológicas en el adulto mayor causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización e incluso la muerte.

Es por ello la importancia de utilizar la escala de Rockwood que mide el grado de fragilidad del adulto mayor en 4 grados asociándose con el grado de dependencia por el decremento de la funcionalidad de las actividades básicas.

Los trastornos psicogerítricos son una gama de diagnósticos clínicos que van de la mano con el deterioro de la funcionalidad y del grado de resistencia siendo una de las causas de mortalidad en personas mayores.

En nuestro país, no hay investigaciones de síndromes psicogerítricos debido a que la atención geriátrica es un tema muy prematuro y está en vías de desarrollo. Sin embargo es necesario realizar la detección y la clasificación de los síndromes psicogerítricos y relacionar el grado de dependencia y fragilidad de los mismos que permitan evaluar estos factores asociados para poder tener un manejo multidisciplinario priorizado, efectivo e integral.

1. 2. Planteamiento del problema

1. 2.1. Definición del problema:

Los trastornos psicogerítricos son un problema de alto impacto en lo que respecta a la salud mental de los adultos mayores, debido a que van acompañados de indicadores tales como la dependencia y la fragilidad. La relevancia de realizar este estudio fue determinar los trastornos psicogerítricos más frecuentes y la correlación entre el grado de dependencia y fragilidad debido a que no hay estudios en Guatemala sobre la caracterización de las enfermedades que afectan la salud mental en la población adulta mayor.

1.2.2. Especificación del problema

¿Cuál es la caracterización de los trastornos psicogerítricos según el grado de fragilidad y dependencia en adultos mayores de la residencia Oasis del Edén, Hope of Life International, en Río Hondo, Zacapa?

1. 2.3. Delimitación del problema

1.2.3.1. Unidad de análisis:

Residencia para personas mayores Oasis del Edén, Hope of life International.

1. 2.3.2. Sujetos de investigación:

Adultos mayores que residen en la residencia para personas mayores Oasis del Edén, Hope of life.

1.2.3.3. Tamaño de la muestra:

100% de las personas (n=71) que habitan en la residencia.

1.2.3.4. Ámbito geográfico:

Río Hondo, Zacapa que tiene una población de 17,667 habitantes. Río Hondo es un municipio del departamento de Zacapa, en el noreste de la República de Guatemala, está ubicado en el kilómetro 137 que conduce de la ciudad capital al océano Atlántico, ruta identificada como CA-9, con una altitud de 184.91 metros sobre el nivel del mar, con una latitud Norte 15 grados 2 minutos y 36 segundos y una longitud Oeste de 89 grados 35 minutos y 6 segundos. Posee una extensión territorial de 422 km², lo cual representa un 15.68% del departamento de Zacapa y un 0.39% de la extensión territorial de Guatemala.

1.2.3.5. Ámbito temporal:

La investigación se realizó de septiembre a noviembre de 2017.

1.3. Hipótesis

¿Existe relación entre el grado de dependencia y fragilidad en adultos mayores con trastornos psicogeríátricos que están en la residencia Oasis del Edén, Hope of Life International, en Río Hondo Zacapa?

La hipótesis planteada sobre la relación entre el grado de dependencia y fragilidad en adultos mayores con trastornos psicogeríátricos es aceptada según los resultados obtenidos.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General:

Caracterizar los trastornos psicogerítricos según el grado de fragilidad y dependencia de adultos mayores de la residencia Oasis del Edén Hope of Life International, en Río Hondo, Zacapa

1.4.2. Objetivos específicos

1. Clasificar los trastornos psicogerítricos por medio del DSMV
2. Identificar el grado de dependencia por índice de Barthell
3. Establecer el grado de fragilidad por Escala de Rockwood
4. Determinar la relación del grado de fragilidad y dependencia con los trastornos psicogerítricos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. El adulto mayor

2.1. El Adulto mayor en Guatemala

En Guatemala la definición de adulto mayor es aquella persona que tiene sesenta años y más según el decreto 80-96. Los adultos mayores son considerados en muchas sociedades fuente de sabiduría, autoridad, valores y tradiciones. Esa experiencia ganada con los años se respeta, venera y consulta.

Las personas mayores son un ente de experiencias y conocimientos y hoy en día en países industrializados son copartícipes del desarrollo tecnológico y los cambios que generan un envejecimiento exitoso.

2.1.1. Legislación del adulto Mayor en Guatemala.

En Guatemala existen tres leyes que amparan a los adultos mayores. La Constitución de la República, en el artículo 51, establece la protección a los menores y ancianos. “les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social”.

La Ley de Protección a las personas de la Tercera Edad —decreto 80-96— establece, entre otros puntos, que se es adulto mayor a partir de los 60 años por último, el decreto 85-2005, que establece el aporte económico de Q400 mensuales para adultos en extrema pobreza sin cobertura social. En esta normativa se indica que se puede optar a ese beneficio a partir de los 65 años de edad.

2.1.2. Situación del adulto mayor en Guatemala

En Guatemala el plano laboral de adultos mayores causa exclusión, ya que muchos empleadores consideran que las personas de edad no son aptas para cumplir con eficiencia sus atribuciones, sin tomar en cuenta que la experiencia adquirida tiene más valor. Además de que las posibilidades que las personas mayores encuentren un nuevo trabajo es escasa y casi nula.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en Guatemala solo el 16 por ciento de adultos mayores cuentan con cobertura social, aun así estas personas sobreviven a un aporte realmente escaso y muchos de ellos se encuentran en situaciones de pobreza asimismo el programa de Invalidez, supervivencia y Vejez (IVS) que brinda el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) no cumple con una atención geriátrica formalizada para sus derecho habientes. El 84% de la población adulta mayor no goza de seguridad social y se benefician de la salud y asistencia pública que se encuentra en estado deplorable secundario a la falta de insumos y a la falta de hospitales de Geriátrica y Gerontología que deberían de existir en nuestro país.

2.2. Hope of life international

La misión que Hope of Life es salvar las vidas de las personas con necesidades mayoritarias y en situación de pobreza en Guatemala, con el objeto de apoyar y llevar esperanza. Es entonces donde hace veinte y ocho años se edifica la residencia para personas mayores Oasis del Edén que se ubica dentro de la Organización Hope of Life en la Aldea Llano Verde Río Hondo Zacapa, que tiene a cabo el apoyar a 130 personas mayores de la región con cuidados geriátricos desde un punto de vista multidisciplinario contando con profesionales médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y personal de enfermería que están al tanto de la población geriátrica de dicha residencia.

2.3. Psicogeriatría y valoración de los trastornos psicogeriátricos

La Psicogeriatría es la parte de la Geriatría que estudia la salud mental y los trastornos psiquiátricos relacionados con el adulto mayor. Sin embargo para poder clasificar y diagnosticar un trastorno psicogeriátrico se realiza por medio de la valoración del estado cognitivo y mental .

El DSM (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia y es importante tener presente que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

2.4. Trastornos psicogeriátricos Son el conjunto de trastornos que afectan la salud mental de las personas mayores, que intervienen en la dependencia y fragilidad siendo los siguientes:

Tabla No. 1 Clasificación de los trastornos psicogeriátricos

Trastorno de la personalidad
Ansiedad generalizada
Cuadros obsesivoides
Cuadros histéricos e hipocondriacos
Esquizofrenia de inicio tardío
Estado Paranoide
Depresión y Manía
Síndromes Mentales Orgánicos

Fuente: Propia

2.4.1. Trastorno de la personalidad.

Son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en algunas tendencias de comportamiento de un individuo, por lo general involucran varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocia con perturbaciones significativas en la esfera personal y social.

Tanto por razones intrínsecas y razones extrínsecas las personas mayores puede desarrollar rasgos agresivos, paranoides o antisociales; retraerse del medio social y volverse disfórico, irritable y taciturno. Con frecuencia, esto interfiere con su competencia psicosocial y provoca el rechazo familiar y social. Tales cambios de personalidad pueden ser una exageración de rasgos caracterológicos, o anunciar enfermedades tales como la depresión, hipomanía secundaria, demencia temprana, tumores cerebrales, epilepsias de comienzo tardío con focalización en el lóbulo temporal, trastornos metabólicos y endocrinos. Duelos patológicos resultantes del aislamiento producido por la jubilación, la pérdida de estatus social o la viudez, son otras causas de cambios en la personalidad y el comportamiento. Si los cambios de personalidad son secundarios, la enfermedad de fondo deberá tratarse con energía

2.4.2. Ansiedad generalizada, fóbica y ataques de pánico

Es extremadamente raro que aparezcan por primera vez en la vejez. Como en el caso de los trastornos de personalidad, las causas más frecuentes son la depresión y la demencia temprana. Incluso cuando no se encuentren síntomas depresivos, es sensato en el anciano ansioso o fóbico administrar primero drogas antidepresivas.

2.4.3. Cuadros obsesivoides

La enfermedad obsesivo-compulsiva es extremadamente rara en la persona mayor, más no los síntomas obsesivoides. Más que exageraciones de rasgos premórbidos, tales síntomas tienden a reflejar patología funcional u orgánica; por ejemplo, las demencias, tumores cerebrales y accidentes cerebro-vasculares liberan conductas anancásticas aún cuando estas conductas se pueden interpretar psicodinámicamente, más probable que resulten de una desinhibición de programas cerebrales vestigiales

2.4.4. Cuadros histéricos e hipocondriacos

Un cuadro histérico es un trastorno psicológico enmarcado dentro de las neurosis y de los trastornos de somatización. Esto quiere decir que el paciente histérico exhibe síntomas físicos y psicológicos sin origen orgánico y desarrollado muchas veces por motivos inconscientes.

El estado hipocondriaco es la preocupación y el miedo o la convicción de padecer una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal o de casi cualquier otro signo que aparezca en el cuerpo.

Son casi siempre secundarios a la depresión y a los estados orgánicos. Las conductas histriónicas y disociaciones histéricas son aún comunes en ancianos cuyo funcionamiento intelectual premórbido y educación fueron limitados y su origen social es bajo. Las quejas hipocondríacas persistentes pueden dominar las depresiones de la tercera edad. Las más frecuentes son dolores generalizados, miedo a tener cáncer, caídas, trastornos del sueño y estreñimiento. Una vez más se debe asumir que hay una depresión de fondo y recetar antidepresivos.

2.4.5. Esquizofrenia de inicio tardío

El termino Esquizofrenia está caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad, falta de percepción de la realidad, alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad.

El diagnóstico de los cuadros psicóticos puede ser difícil en la tercera edad, particularmente porque las delusiones y alucinaciones se presentan en una variedad de situaciones clínicas. Por ejemplo, las alucinaciones visuales se pueden dar en estados orgánicos cerebrales como el síndrome de Charles Bonnet y en deprivación sensorial. Alucinaciones auditivas y musicales son comunes en sordera, tinitus y otras patologías del oído interno.

En la práctica clínica se encuentran ancianos con síntomas positivos y negativos de esquizofrenia. En algunos casos el enfermo ha tenido su primer brote hace veinte o treinta años; en otros el inicio es reciente. El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia de comienzo tardío se debe hacer con los cuadros paranoides de la vejez, los estados confusionales sub-agudos, las psicosis orgánicas sin trastorno de la conciencia y las manías atípicas.

2.4.6. Estados Paranoides

El estado paranoide es caracterizada típicamente por el miedo exagerado que suceda algo malo y que sea causado por otras personas que se encuentran a su alrededor y suelen sentirse amenazados por objetos, o por alguna idea abstracta.

Los más comunes consisten en delusiones persecutorias limitadas que incluyen en el sistema paranoide a autoridades y personajes públicos. Las erotomanías, es decir, la delusión de ser amado en secreto por alguna persona importante, son comunes en mujeres maduras pero devienen raros en la senectud. Sólo algunos de estos cuadros son primarios; la mayoría son secundarios a depresión, sordera y ceguera parcial y demencia.

Esta última crea desconfianza y actitudes paranoides a través del olvido que efectivamente hace que el anciano pierda control de su entorno. En otros pocos casos el desarrollo paranoide es una reactivación de rasgos premórbidos.

2.4.7. Depresión y manía

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de infelicidad de duración e intensidad desproporcionadas ante un estímulo negativo (por ejemplo, una pérdida reciente o un hecho triste). En ocasiones, el bajo estado de ánimo del paciente no es aparente, manifestando desinterés e incapacidad para disfrutar de cualquier actividad. Las causas por las que se genera no se conocen en su totalidad, pudiendo existir un componente hereditario (predisposición familiar) y la necesidad de experimentar acontecimientos desagradables.

La manía es un trastorno mental caracterizado por una elevación anómala del estado anímico. El afectado puede sentirse eufórico, pero también irritable y abiertamente hostil. Los síntomas más comunes del período de manía son: excitación; humor elevado; actividad sin reposo e improductiva; disminución del pudor; aceleración descontrolada del pensamiento; dificultad para la concentración; exceso de confianza; hiperempatía; negligencia en el sueño, la alimentación o la higiene; hipersensibilidad afectiva y emocional; y habla abundante, acelerada e imparable.

Depresiones unipolares y bipolares, manías unipolares y secundarias, y síndromes afectivos de origen orgánico, son comunes en los adultos mayores y todos pueden acompañarse de déficit intelectuales más o menos transitorios. Asimismo, hay una tendencia a las recaídas frecuentes y prolongadas y resistencias al tratamiento. Las depresiones se combinan a veces con infartos cerebrales, demencia temprana, carcinoma de pulmón y de páncreas, trastornos endocrinos y epilepsia de comienzo tardío. Las melancolías involutivas no son más que depresiones psicóticas refractarias.

En algunos casos el retardo psicomotor lleva al estupor depresivo, caracterizado por una inhibición tanto de la conducta espontánea como reactiva. La persona mayor se torna estuporoso deja de comer y beber; se deshidrata rápidamente, tiene respiración superficial y ventilación inadecuada, y muere de bronconeumonía. Esta enfermedad es, por lo tanto, una urgencia psiquiátrica que requiere ingreso inmediato al hospital.

2.4.8. Síndromes mentales orgánicos

El concepto de síndrome mental orgánico ha desaparecido del DSM V, pero sigue siendo útil en psicogeriatría para referirse a síntomas psiquiátricos que resultan de enfermedad neurológica. En general, la reducción en reserva cerebral de la senectud aumenta la probabilidad de estados confusionales agudos (delirium), demencias, síndromes amnésicos, síndromes orgánicos afectivos, delirantes, alucinatorios y ansiosos.

2.4.8.1. Delirium.

Es el síndrome orgánico más común en los adultos mayores, el delirium puede pasar inadvertido debido a su corta duración, a su carácter fluctuante o porque con frecuencia se combina con demencia. En el cuadro completo de delirium, el enfermo muestra disturbios de la conciencia, desorientación en el tiempo y en el espacio, ilusiones y alucinaciones (particularmente visuales), delirios paranoides, ansiedad (a veces terror), estados depresivos o euforia, y cambios en el comportamiento motor que van de la quietud a la hiperactividad, agresión y esfuerzos por escapar de enemigos imaginarios. Los cuadros parciales son más comunes. El delirium es fluctuante, mejora en la mañana y empeora en la noche y es acentuado por estados de privación del sueño y de reducción marcada en la estimulación sensorial.

2.4.8.2. Demencias.

La demencia es un síndrome o vía común final que resulta de múltiples causas y enfermedades. Sus síntomas principales son el déficit de memoria de retención y de memoria remota, de capacidad de juicio y de pensamiento coherente, y a la larga una desintegración marcada de la personalidad, con dislocación severa de la conducta, alucinaciones y delusiones y finalmente gatismo, problemas de nutrición, inanición y muerte. Dependiendo de la etiología se encontrarán también síndromes corticales (afasia, dispraxia, agnosia) y afectivos (depresiones, euforias). A veces, también, se encuentran trastornos motores (de tipo Parkinson) y déficits sensoriales (anosmias). La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en el arquetipo descriptivo de las demencias, y esto ha creado problemas en la distinción sintomática de las otras formas

TABLA No. 2 CLASIFICACION DE DEMENCIAS

Demencias degenerativas primarias
<ul style="list-style-type: none">• Demencia tipo Alzheimer• Demencia frontotemporales• Enfermedad de Parkinson• Parálisis supranuclear progresiva• Demencias por cuerpos de Lewy• Demencia de Pick• Enfermedad de Huntington• Atrofas Cerebelosas
Demencias Vasculares
<ul style="list-style-type: none">• Multiinfarto• Enfermedad de Biswanger• Demencia Lacunar• Vasculitis (infecciosas, inflamatorias)
Demencias Secundarias
<ul style="list-style-type: none">• Demencias infecciosas• Demencias carenciales• Demencias toxicas• Demencias metabólicas• Otra no clasificadas.

Fuente: DSMV – Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

2.5. Dependencia

2.5.1. Definición

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Se definen así las características definitorias de la dependencia:

- La limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades personales.
- La incapacidad para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de cuidados y asistencia por parte de terceros.

2.5.2. Valoración de la dependencia en la persona mayor

La valoración geriátrica determina la funcionalidad de los adultos mayores por medio de la dependencia ya que este es un indicador importante en los trastornos psicogeriátricos.

El índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

TABLA No. 3 GRADO DE DEPENDENCIA INDICE DE BARTHEL

Grado de Dependencia	Puntaje conforme el Índice de Barthel
Dependencia total	0 a 20 puntos
Dependencia severa	21 a 60 puntos
Dependencia moderada	61 a 90 puntos
Dependencia leve	91 a 99 puntos
Independencia	100 Puntos

Fuente: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología

2.6. Fragilidad

2.6.1. Definición

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia reportada oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años y se asocia en pacientes con trastornos psicogerítricos debido a la afección cognitiva.

2.6.2. Valoración de la fragilidad

La Escala de Rockwood fue presentada como clasificación de la fragilidad en el año 1994 y desde ese momento ha surgido diferentes cambios siendo los primeros donde se identificaban solamente las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo en la actualidad la escala de Rockwood necesita la valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que considera frágil a los pacientes en relación a la incontinencia, movilidad física, comunicación y estado mental de los pacientes por lo cual se califica de la siguiente manera:

TABLA No. 4 GRADOS DE FRAGILIDAD ESCALA DE ROCKWOOD

Grado	Descripción de la fragilidad
Fragilidad Grado 0	Caminar sin ayuda, realización de Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin deterioro de la cognición
Fragilidad Grado 1	Solo hay incontinencia urinaria
Fragilidad Grado 2	Incontinencia Urinaria + de 2 actividades básicas de la vida diaria Deterioro cognitivo sin demencia.
Fragilidad Grado 3	Dependencia completa de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria Incontinencia de esfínteres Estado demencial

Fuente: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

CAPITULO III. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

3. Métodos, técnicas e instrumentos

3.1. Tipo de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional porque tuvo como objetivo medir el grado de relación de dependencia y el grado de fragilidad en los adultos mayores con trastornos psicogeríátricos de la residencia Oasis del Edén Hope of Life.

3.2. Técnicas

Clasificación de los trastornos psicogeríátricos

Para clasificar los trastornos psicogeríátricos se utilizó la evaluación clínica del paciente, adicionalmente se realizó una revisión de expedientes clínicos y por medio del DSM V se clasifico el tipo de trastorno psicogeríátrico de los sujetos estudio.

Grado de dependencia

Para determinar el grado de dependencia se realizó entrevista conforme los apartados del índice de Barthel que valora la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores.

Grado de fragilidad

Para determinar el grado de fragilidad se realizó entrevista sobre las actividades básicas de la vida diaria según la escala de Rockwood, puntualizando en los grados de dicha escala para poderlo clasificar.

3.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el cuadro de recolección de datos fueron los siguientes:

- a. Para clasificar los trastornos psicogerítricos se utilizó la clasificación de DSMV la cual ha sido valida a nivel mundial por la Asociación de Psiquiatría y por la Organización mundial de la salud para la clasificación de los trastornos psicogerítricos. Este instrumento recolecta información sobre los tipos de trastornos psicogerítricos. Anexo 1
- b. El grado de dependencia se obtuvo mediante el índice de Barthel que determina la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria, que ha sido avalado a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud específicamente para adultos mayores. Este instrumento recolecta información sobre el grado de dependencia leve, moderada, total. Anexo 2
- c. El grado de fragilidad se obtuvo mediante la escala de Rockwood que determina la fragilidad en base a las actividades de la vida diaria, este instrumento sea utilizado en diversos estudios a nivel mundial siendo específico para adultos mayores por la facilidad y rapidez que tiene esta escala para determinar en base a la funcionalidad la fragilidad del adulto mayor. Anexo 3

3.4. Cronograma de actividades

Año 2017					
Descripción	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración de protocolo de investigación	■				
Presentación de protocolo de investigación		■			
Revisión de protocolo de investigación		■			
Autorización del protocolo de información			■		
Revisión de capítulo 1				■	
Entrega de proyecto de tesis				■	
Entrega de informe final de proyecto de tesis					■

3.5. Recursos:

3.5.1. Recursos Humanos

Asesora Mgt. Silvia Estrada

Investigador: Dr. Jorge Eduardo Bran Girón.

Personal institucional

Sujetos de investigación

3.5.2. Recursos Materiales

Equipo de oficina

Equipo de reproducción

Papelería

3.5.3. Recursos Financieros

Descripción	Precio Unitario	Cantidad	Costo total
Hojas de papel Bond de 70 gramos	Q 41.00	2	Q 82.00
Impresora	Q 500.00	1	Q500.00
Folders	Q1.50	71	Q106.50
Transporte			Q1000.00
Alimentación			Q1000.00
Totales			Q 2,688.50

CAPITULO IV.
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
4.1. Resultados

Cuadro de características de los pacientes con trastornos psicogeríátricos

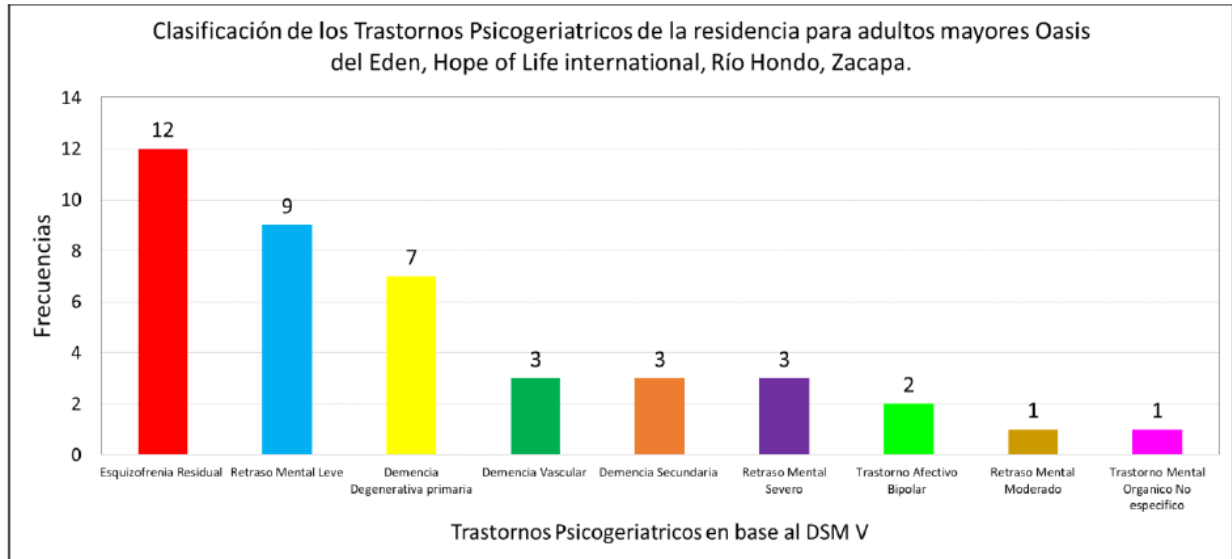
DISTRIBUCION DE GRUPO ETARIO					Total
Rango etario	60 a 70 años	71 a 80 años	81 a 90 años	Mayor de 91 años	
Total	15	19	5	2	41
DISTRIBUCION DE GENERO					
Total	Masculino	20	Femenino	21	41

Fuente: Cuadro de recolección de datos.

El rango etario con mayor frecuencia son de 71 a 80 años con una totalidad de 19 pacientes, seguido del rango de 60 a 70 años con 15 pacientes y en menor cantidad el grupo de 81 a 90 años y mayor de 91 años que representan 7 pacientes con una totalidad de 41 pacientes estudiados. Asimismo la distribución de género que representa el 49 % de hombres (n=20) y el 51% mujeres (n=21).

Clasificación de los trastornos psicogerítricos.

Gráfica No.1

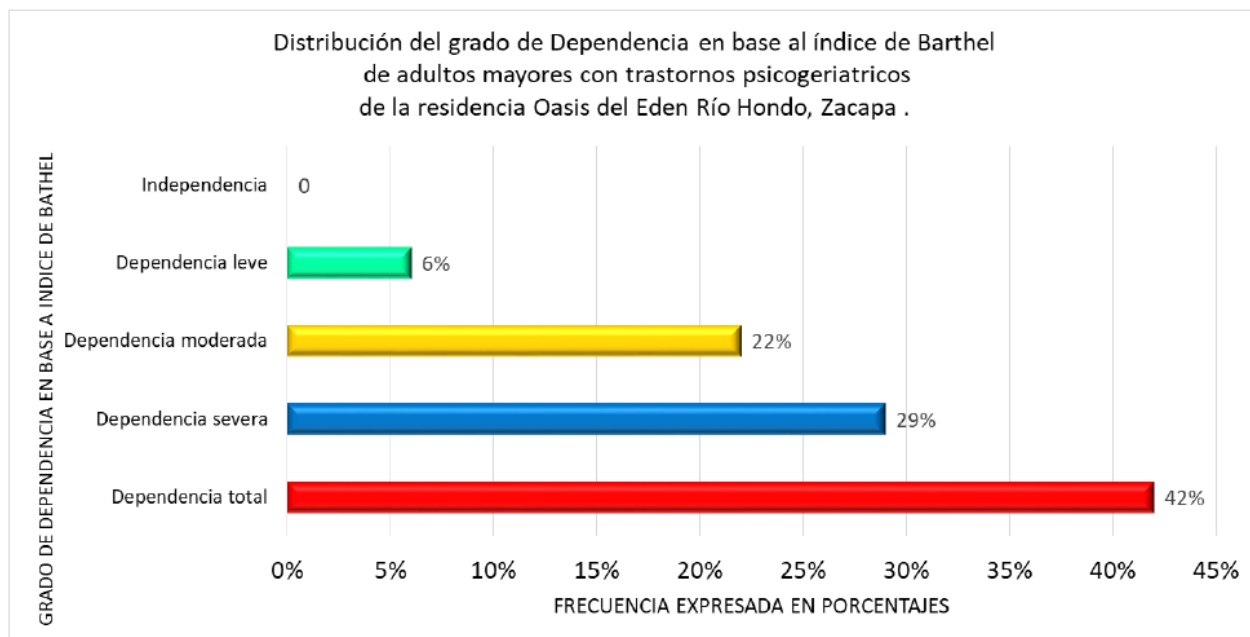


Fuente: Cuadro de recolección de datos

Los resultados mostraron que los principales trastornos psicogeriatricos la utilizando clasificación del DSMV fueron retraso mental 22% (n=9), Demencia degenerativa primaria 17% (n=7), con % (n=3) demencias vasculares, demencias secundario y retraso mental severo; trastorno afectivo bipolar, retraso mental moderado y trastorno mental orgánico no específico

Grado de Dependencia de los trastornos psicogeriatricos.

Gráfica No.2

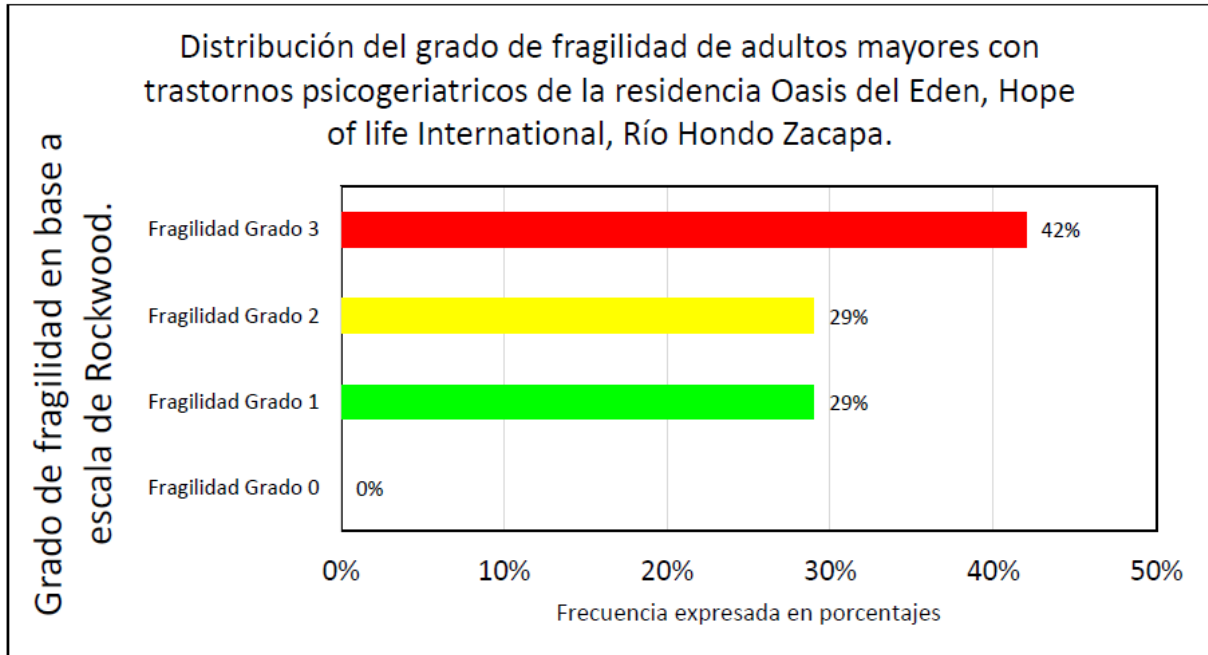


Fuente: Cuadro de recolección de datos.

La presente grafica denota la distribución de la dependencia en base al índice de Barthel muestra que un 42% (n = 17) tienen dependencia total, seguido dependencia severa con 29% (n=12), la dependencia moderada en tercera posición con un 22% (n=9) y por último la dependencia leve con 6% (n=3).

Grado de Fragilidad de los trastornos psicogeríatricos

Gráfica No. 3



Fuente: Cuadro de recolección de datos.

La presente grafica que corresponde a la distribución del grado de fragilidad en base a la escala de Rockwood mostraron los resultados que el 42% (n=17) de los casos los pacientes con trastornos psicogeríatricos tienen una fragilidad grado 3, el 29% (n=12) de los casos fragilidad grado 2 y el 29% (n=12) evidencia la fragilidad grado 1, por tanto todos los pacientes presentan cierto grado de fragilidad en la escala de Rockwood.

Correlación del grado de dependencia y fragilidad con los trastornos psicogeríatricos.

Tabla de 2x2 en base a la dependencia

Tabla de Contingencia No. 1

Factor de Riesgo	Trastornos Psicogeríatricos		Totales
	Sí	No	
Dependencia	41	10	51
Independencia	00	20	20
Totales	41	30	71

Fuente: Cuadro de recolección de datos.

Respecto a la tabla de 2x2 que concierne al análisis del grado de dependencia en base al índice de Barthel con los trastornos psicogeríatricos, el Chi cuadrado es igual a 38.052 con 1 grado de libertad.

El cálculo de valor P de una cola es menor que 0.0001 lo cual la asociación entre el tener dependencia y trastornos psicogeríatrico se considera extremadamente significativo estadísticamente

Tabla de 2x2 en base a la fragilidad

Tabla de Contingencia No.2

Factor de Riesgo	Trastornos Psicogeríátricos		Totales
	Sí	No	
Fragilidad	41	15	56
Sin fragilidad	00	15	15
Totales	41	30	71

Fuente: Cuadro de recolección de datos.

Respecto al análisis de la tabla 2x2 que relaciona el grado de fragilidad en base a la escala de Rockwood con los trastornos psicogeríátricos, el Chi al cuadrado es igual a 25.991 con 1 grado de libertad. El valor P de una cola es menor que 0.0001, por tanto la probabilidad de tener fragilidad y trastornos psicogeríátrico se considera extremadamente significativa estadísticamente

El estudio realizado para la caracterización de los trastornos psicogeríátricos en la residencia Oasis del Edén Hope of Life determino que 41 adultos mayores presentaron trastornos psicogeríátricos, en los estudios europeos indican que el sexo femenino es el más predominante en los trastornos psicogeríátricos incrementando el número de casos en los pacientes entre los rangos de 70 años y más.

En relación al estudio realizado el sexo femenino es predominante en un 51% y el rango etario con mayor predominio es el de 71 años a 80 años con el 46% lo que se relaciona con el predominio etario de los estudios europeos y norteamericanos, esto es consecuencia de diferentes factores e indicadores entre ellos el envejecimiento patológico, la fragilidad, la institucionalización, la dependencia y la falta de un núcleo familiar constante.

La clasificación de los trastornos psicogeríátricos se establecieron mediante el análisis del DSMV donde los estudios epidemiológicos hacen referencia que el deterioro de la cognición asimismo como la demencia per se son los que más prevalencia e incidencia de casos existen a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se correlaciona con el estudio realizado donde el grupo de demencia vascular, secundaria y degenerativa primaria fue del 31% que guarda relación directa con los estudios internacionales.

La dependencia y la fragilidad son indicadores que influyen en los trastornos psicogeríátricos debido a que el adulto mayor a partir de los 60 años se deteriora la funcionalidad y se vuelven más dependientes y frágiles, esto concierne a los aspectos fisiopatológicos donde

enfermedades como las psiquiátricas en el adulto mayor aumentan el grado de fragilidad y de dependencia lo que se traduce a un estado de envejecimiento ineficaz o patológico y a un riesgo de morbimortalidad secundario a la gama de enfermedades sobreañadidas, es por ello que en el estudio se realizó el análisis mediante tablas de contingencia en las cuales el grado de dependencia y fragilidad tienen una significancia estadística extremadamente significativa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. El rango etario con mayor predominio de trastornos psicogeríátricos fue de 71 a 80 años con un 46% y el género con mayor frecuencia de padecer trastornos psicogeríátricos fue el sexo femenino.
2. Los trastornos psicogeríátricos se clasificaron por medio del DSM V en orden de frecuencia el grupo de demencias, esquizofrenia residual, retraso mental leve y retraso mental severo.
3. El grado de dependencia se identificó por medio del Índice de Barthel siendo de mayor predominio con 42% la dependencia total, seguido de la moderada y leve.
4. El grado de fragilidad se estableció por la escala de Rockwood que demostró que la fragilidad grado 3 es la más predominante con un 42%.
5. La relación entre el grado de fragilidad y dependencia determino una significancia estadística extremadamente significativa para el estudio.

5.2. Recomendaciones

1. Realizar foros académicos en la universidad Galileo con las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud en la que se expongan los trastornos psicogerítricos como un tema de relevancia sobre la Salud Mental en los adultos mayores de nuestro país.
2. Concretar protocolos en un futuro en la residencia Oasis del Edén sobre el manejo de los distintos trastornos psicogerítricos para el abordaje adecuado por medio de equipo multidisciplinario y que la valoración geriátrica cuadrifuncional sea efectiva.
3. Publicar una revista virtual sobre la atención psicogeriatría así como la aplicación de las actividades básicas de la vida diaria a nivel del núcleo familiar para el apoyo del adulto mayor.
4. Que esta investigación sea primordial para realizar más estudios de tesis en todas las residencias para adultos mayores del país donde se correlacione la fragilidad y dependencia con el objeto de conocer el estado de la salud mental de los adultos mayores a nivel nacional.

CAPITULO VI
BIBLIOGRAFIAS

1. Cid, J. (1997). Valoración de la discapacidad física mediante el índice de Barthel. *Revista Española Salud pública, 71(2)*.
2. DH, D. (2015). Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementia. *Cochrane Database*.
3. E., L. (2016). Evaluation of cognitive impairment and dementia. *Up to date*.
4. Esperanza, H. d. (2002). PSICOGERIATRIA. *Revista Geriátría y Gerontología, 187*.
5. Espinoza, L. (s.f.). Síndrome de Fragilidad en el adulto mayor. *Duazary, 13(2)*, 119-125.
6. Grandi, F. (2017). NEUROCIENCIA COGNITIVA. *Revista de Geriátría y Gerontología España, 326*.
7. J, S. (Junio de 2014). DSM - 5 and Neurocognitive Disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 159-164*.
8. KK, T. (2015). Cognitive Test to detect Dementia. *JAMA Med, 175-1450*.
9. López, J. (2015). Nuevos Criterios diagnósticos de demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Una visión de la psicogeriatría*.
10. Mateus, N. (2017). Fragilidad en intervenciones eficientes. *Revista de Geriátría y Gerontología España, 52*.
11. Montenegro, M. (2012). *Diagnostico y tratamiento del deterioro cognoscitivo del adulto mayor*.
12. Perebello, M. (2017). Psicosis. *Revista de Geriátría y Gerontología España, 350*.
13. Pousa, S. L. (2016). Programa integral de trastornos psicóticos. *Revista de Neurología España, 30*.
14. Psiquiatría, A. A. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (5 ed.)*. USA.
15. Ramírez, J. (2017). APLICACION DE LA ESCALA DE FRAGILIDAD. *Revista de la sociedad de geriatría y gerontología de España, 372*.

CAPITULO VII.

ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Contínente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Anexo 2. Escala de Rockwood

Escala de Rockwood

Grado	Descripción de la fragilidad
Fragilidad Grado 0	Caminar sin ayuda, realización de Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin deterioro de la cognición
Fragilidad Grado 1	Solo hay incontinencia urinaria
Fragilidad Grado 2	Incontinencia Urinaria + de 2 actividades básicas de la vida diaria Deterioro cognitivo sin demencia.
Fragilidad Grado 3	Dependencia completa de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria Incontinencia de esfínteres Estado demencial

Anexo 3. Cuadro de recolección de datos.

Universidad Galileo
FACISA – Maestría Geriatria y Gerontología

CUADRO DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERIZACION DE TRASTORNOS PSICOGERIATRICOS SEGÚN EL GRADO DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES DE LA RESIDENCIA

OASIS DEL EDEN HOPE OF LIFE INTERNATIONAL, EN RÍO HONDO, ZACAPA

I. CARACTERISTICAS DEL PACIENTE			
Edad		Estado Civil	
Sexo		Residencia	
Religión		Procedencia	
Escolaridad			
II. DIAGNOSTICO			
Valoración DSM V			
III. VALORACION GERIATRICA FUNCIONAL			
Índice de Barthel	Dependencia leve Dependencia moderada- Dependencia severa Independiente	Escala de Rockwood	Grado 0 Grado 1 Grado 2 Grado 3