

Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor

María Isabel Arteaga-Hernández,¹ Martha Graciela Segovia-Díaz de León,² Ma. del Carmen Pérez-Rodríguez,² Maribel Cruz-Ortiz²

¹Servicio de Terapia Cardiovascular, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí; ²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

Palabras clave:

Anciano
Hospitalización
Limitación de la movilidad
Servicios de enfermería

Resumen

Introducción: el incremento de la población adulta mayor y los cambios socioculturales que esta presenta han incrementado, a su vez, la incidencia de los padecimientos crónicos y degenerativos. Estos cambios han llevado a revalorar la atención hospitalaria para lograr que los adultos mayores se adapten a su entorno social y su estado de enfermedad no merme su capacidad funcional ni intelectual y se cubran sus necesidades humanas básicas, tanto al ingresar como al egresar del hospital.

Objetivo: identificar la relación entre la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y las necesidades humanas de los adultos mayores que egresan de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público.

Metodología: se llevó a cabo un estudio de corte transversal con enfoque cuantitativo. Para la recolección de los datos se utilizó la Escala de Barthel, el instrumento de valoración de Virginia Henderson y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer.

Resultados: se aplicaron 185 cuestionarios a adultos mayores con una media de 72 años. Se encontraron diferencias significativas entre edad y dependencia, ya que a mayor edad existió mayor dependencia; además, las mujeres fueron quienes presentaron la mayor proporción de dependencia.

Conclusiones: de acuerdo con la clasificación de Virginia Henderson, la mayoría de las necesidades identificadas no estaban satisfechas. Estos resultados indican la necesidad de mejorar e incrementar el cuidado durante la hospitalización, así como la capacitación a los cuidadores familiares.

Keywords:

Aged
Hospitalization
Mobility limitation
Nursing services

Abstract

Introduction: The increase in the elderly population and socio-cultural changes that it presents have increased the incidence of chronic and degenerative diseases. These changes have led to reassess the hospital care to ensure that these patients adapt to their social environment and disease stage does not impair its functional and intellectual capacity, and their basic human needs are covered, both when admission and at hospital discharge.

Objective: To identify the relationship between the functional capability in activities of daily living and human needs of seniors who leaves from the internal medicine and surgery services in a public hospital.

Methodology: An study of cross-section with quantitative approach was conducted. Barthel Scale, the instrument for the evaluation of Virginia Henderson and the Short Portable Mental Status Questionnaire of Pfeiffer were used to collect the data.

Results: 185 questionnaires were applied to seniors with a mean age 72 years. Found significant differences between age and dependence, as more older existed more dependence. Women were those who had the highest proportion of dependence.

Conclusions: According with Virginia Henderson's classification, most of the identified needs were not satisfied. These results indicate the need to improve and increase care during hospitalization, as well as training to family caregivers.

Correspondencia:

Maribel Cruz-Ortiz
Correo electrónico:
redazul@hotmail.com
Fecha de recepción:
19/04/2014
Fecha de dictamen:
29/08/2014
Fecha de aceptación:
17/11/2014

Introducción

El presente estudio se enfoca en demostrar la relación entre la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y las necesidades humanas de los adultos mayores que egresan del servicio de medicina interna y cirugía. La finalidad fue visualizar las necesidades y apoyos que requieren los adultos en el hogar después de su paso por el hospital e identificar las áreas de mejora durante la preparación para el alta.

El envejecimiento de la población en México se ha hecho evidente a partir de la última década del siglo XX e inevitablemente será el cambio demográfico más notorio del siglo XXI. Dado que la vejez se relaciona con distintos grados de dependencia, las consecuencias sociales y económicas de este cambio son de tal importancia que es imperativo analizarlas y anticiparse a ellas para prevenir sus efectos.¹

De tal forma, el reto actual es la prevención y atención de los pacientes con enfermedades como diabetes mellitus, obesidad, enfermedades mentales, cardiovasculares, pulmonares, cerebrales, fracturas de cadera secundarias a osteoporosis y caídas. Estas enfermedades frecuentemente se acompañan de discapacidad, dependencia y pérdida de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,² además de un alto costo de atención.^{3,4}

Así, el envejecimiento poblacional y los cambios en la morbilidad constituyen uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema de salud, no solo por el incremento de la población atendida y la frecuente pluripatología que esta presenta, sino también por la necesidad de contener los crecientes costos.

Lo anterior ha impulsado estrategias como el alta precoz, la atención domiciliar y el traslado de algunas actividades, antes desarrolladas en el hospital, a los hogares para que sean asumidas por los cuidadores primarios.

En los adultos mayores, las estrategias señaladas son aún más recomendables dado que el alargamiento de la hospitalización puede generar deterioro y síndrome de desuso. Sin embargo, para que el egreso oportuno represente un beneficio para el adulto mayor es necesario garantizar que este reciba atención directa y formación suficiente durante la hospitalización, para preservar su capacidad funcional y sus posibilidades de incorporarse a su vida cotidiana de forma exitosa, con lo que se evita el reingreso.

Aunque los datos estadísticos sitúan a la salud física de los adultos mayores como un tema importante, debido al número de consultas y de hospitalizaciones y su duración,

así como a las tasas de mortalidad, pocos datos abordan la afectación de la vida diaria.⁵

Conocer el nivel de funcionalidad y la capacidad futura del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente permite apoyarlo para que adecue su medio ambiente de tal forma que favorezca su independencia y la del cuidador primario, quien asume y complementa la atención del adulto mayor.

Por otra parte, los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional, que pueden agudizarse durante la hospitalización. Por ello, el papel del personal de enfermería es fundamental ya que interviene brindando asistencia, apoyo y educación en el proceso de hospitalización, para que el adulto mayor haga frente a los nuevos cambios en su vida y situación de salud al egresar del hospital.

El objetivo del estudio que se presenta fue identificar si existe relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la satisfacción de sus necesidades humanas.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. El periodo de recolección fue del 25 de abril al 26 de mayo de 2012, si bien previamente se llevó a cabo una prueba piloto del instrumento.

La muestra fue no probabilística por cuota, calculada en proporción a todos los pacientes que egresaron durante un mes. El tamaño se definió en 185 adultos mayores, sin importar su sexo, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Edad igual o mayor de 60 años.
- Egreso de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público en la capital de San Luis Potosí, México.
- Registro al momento de la entrevista.
- Funcionamiento intelectual normal o deficitario evaluado con la Escala de Pfeiffer.
- Otorgamiento por escrito de la aceptación para participar en el estudio.

Fueron eliminados del estudio los pacientes que tenían deterioro hemodinámico grave o que fallecieron durante el periodo de análisis.

La *capacidad funcional* se definió como el nivel de dependencia o independencia que el adulto mayor tiene para

realizar las actividades de la vida diaria. Como *necesidades humanas* se consideraron las 14 necesidades fundamentales y como *rol de la enfermera*, a la orientación que brinda esta para ayudar al paciente a recuperar o lograr su independencia.⁶

Los instrumentos usados para el presente estudio fueron los siguientes:

- *Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer*: este instrumento identifica el funcionamiento intelectual y consta de 10 preguntas que evalúan la memoria remota, la conciencia sobre acontecimientos actuales y la habilidad matemática. Está validado en español con buenos indicadores de sus propiedades psicométricas, con los que alcanza una consistencia interna de 0.82.⁷
- *Escala de Barthel*: instrumento con el que se valora el nivel de independencia del paciente para la realización de algunas actividades de la vida diaria; se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto.⁸

El instrumento, validado al castellano por Buzzini *et al* (2002),⁹ tiene un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 y evalúa 10 actividades de la vida diaria: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso de baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de la orina. La puntuación total es de cero a 100, donde cero indica total dependencia en las actividades de la vida diaria y movilidad y 100, total independencia.

- *Cuestionario de Gallegos et al.*: con este cuestionario se valoran las necesidades humanas conforme el enfoque de Virginia Henderson. Este instrumento consta de 15 apartados, uno general y 14 que corresponden a cada una de las necesidades básicas. Está integrado por 108 preguntas, de ellas 36 son abiertas. Se trata de un instrumento que se considera completo ya que permite la valoración holística de las cuatro esferas que integran al paciente; es claro, puesto que cada ítem precisa la respuesta y no se presta a confusión; es ordenado, debido a que las necesidades se registran por orden de prioridad vital.¹⁰

Antes de proceder a la recolección de datos de la prueba piloto, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y del Comité de Enseñanza e Investigación de la unidad de salud donde se desarrolló el estudio. Un aspecto fundamental en el presente estudio fue el consentimiento informado, el cual fue obtenido conforme a lo señalado en los artículos 20 y 21 de la Ley General de Salud, las fracciones I a IX; y en el artículo 22, fracciones I y II, referentes al respeto a los principios y derechos fundamentales aplicables a los seres humanos.¹¹

La presente investigación, en la que solo se aplicaron cuestionarios, se consideró un estudio de riesgo mínimo, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.¹²

Cuadro I. Características generales y factores personales del adulto mayor

Características sociodemográficas	64.3 % se encuentra entre 60 a 74 años	
	95 % no cuenta con empleo remunerado	
	76.8 % tiene primaria incompleta	
	39.1 % vive solo o con un hijo	
Problemáticas de riesgo para la seguridad	84.9 % tiene problemas para ver de cerca	
	81.1 % tiene problema para ver de lejos y presentan dolor	
	68.6 % tiene problemas para escuchar	
	61.6 % ha presentado caídas en el último año	
	La caída se ha producido en el hogar en 52.4 % de los casos	
Necesidades de asistencia directa	45.9 % ha presentado mareos o inestabilidad al caminar	
	39.5 % requiere silla de ruedas para su traslado	
	34.1 % se apoya con bastón	
Necesidades de enseñanza sobre autocuidado	30.8 % se apoya con andadera	
	71.6 % toma de 1 a 2 medicamentos	28.4 % toma de 3 a 4 medicamentos
	62.7 % ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses	

Fuente: cédula de datos generales, San Luis Potosí, México

Una vez autorizado el protocolo, se llevó a cabo la prueba piloto que tuvo como objetivo obtener una visión general del contexto de los adultos mayores y probar la aplicabilidad de los instrumentos. Por ello se midieron los tiempos requeridos para las entrevistas, en especial para el instrumento de valoración de necesidades humanas de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson. El tiempo estimado de aplicación de las entrevistas fue de 30 minutos a una hora y media.

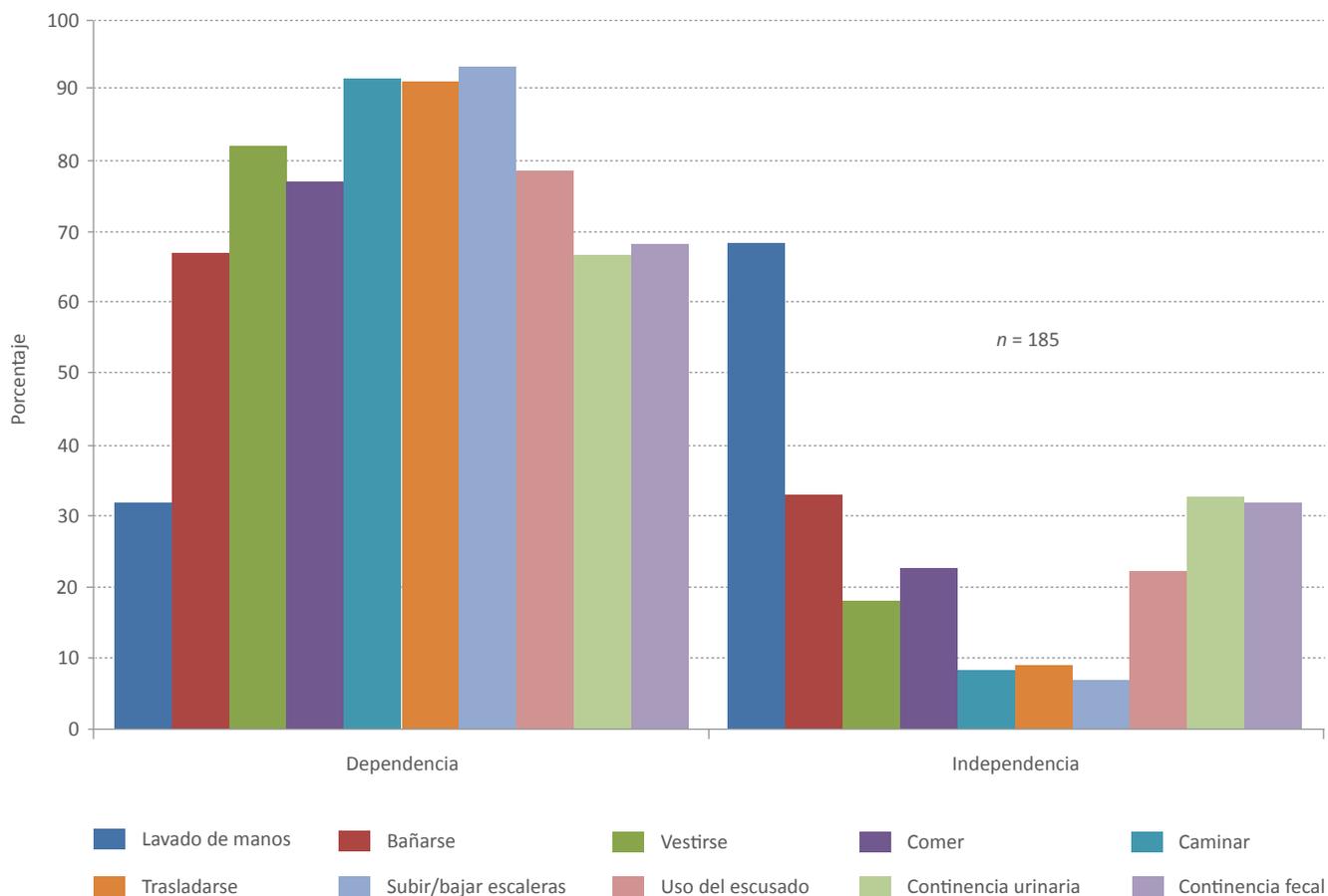
Los procedimientos para la selección de los sujetos en la etapa definitiva fueron los mismos utilizados en la prueba piloto. Una vez que a los adultos mayores se les proporcionó la información básica que describía su participación y estos consentían en colaborar en el estudio (con su firma aquellos que supieran escribir y con su huella digital quienes no supieran escribir), se aplicó el cuestionario de información general, donde se incluyeron datos sociodemográficos, principal motivo de ingreso, hospitalización y enfermedades previas, consumo de medicamentos y estado de salud. Acto seguido se aplicó la Escala de Barthel

para evaluar la capacidad funcional al egreso y, por último, el instrumento de valoración de necesidades humanas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Para el cuestionario Short Portal Mental de Pfeiffer se realizó la sumatoria de los datos crudos, posteriormente se restó un punto de error si la escolaridad era primaria incompleta o menor. La sumatoria total, menos el punto del error señalado, se codificó con las ponderaciones estipuladas de número de errores: hasta dos errores, funcionamiento intelectual normal; de tres a siete errores, funcionamiento intelectual deficitario; de ocho a 10 errores, déficit intelectual grave.

La capacidad funcional fue valorada con la aplicación de la Escala de Barthel, que evalúa actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con puntuaciones totales y medias en grupos de edad y sexo. Con las puntuaciones de las frecuencias absolutas y relativas se identificaron categorías de acuerdo con los niveles de capacidad funcional y fueron contrastadas con las necesidades humanas identificadas al egreso, análisis que se llevó a cabo al final

Figura 1. Capacidad funcional del adulto mayor en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a su egreso hospitalario.



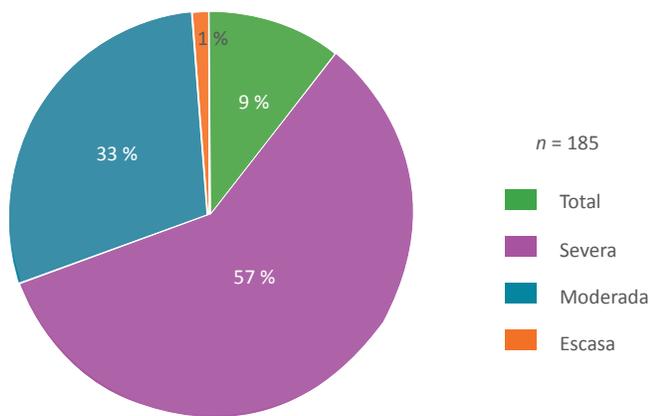


Figura 2. Nivel de dependencia del adulto mayor en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a su egreso hospitalario.

como variable nominal para obtener correlaciones mediante la χ^2 .

La capacidad funcional según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se procesó con puntuación total y medias en los grupos de edad y sexo; por categorías, con frecuencias absolutas y relativas. La comparación con las necesidades humanas identificadas al egreso se analizó al final como variable nominal mediante χ^2 .

Se realizó el procesamiento a partir de la concentración de datos con la elaboración de una base de datos en el programa SPSS versión 18 y previo análisis de la calidad de captura. Se llevó a cabo el desglose de reportadores de estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas como frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados

El grupo de adultos mayores presentó edades entre los 60 y 100 años, con una media de 72 ± 7.97 años. Del total ($n = 119$), 64.3 % se encontraba entre los 60 y 74 años de edad y el resto (39.5 %) con edades de 75 a 100 años. En cuanto al sexo, la mayoría fue del masculino (54.1 %).

En el cuadro I se detallan las características de vulnerabilidad del grupo estudiado. Respecto a las características de salud se identificaron diferencias en las patologías que presentaban los pacientes en cada servicio. En el servicio de cirugía predominaron las enfermedades del sistema digestivo (33.9 %), en tanto que en el servicio de medicina interna, las relacionadas con el sistema circulatorio (30.1 %). Al aplicar χ^2 se encontró una diferencia significativa en las prevalencias de las patologías en ambos servicios ($\chi^2 = 74.861$, $gl = 12$, $ns = 0.000$).

En ambos servicios, los adultos mayores presentaron problemas físicos previos que dificultaban el desarrollo

de las actividades básica e instrumentales de la vida diaria: 84.9 % indicó dificultades para ver de cerca, 81.1 % dolor y 74.6 % falta de apetito, 68.6% tenía problemas para escuchar, 61.6 % se había caído en el último año y 45.9 % manifestó mareo o inestabilidad al caminar. Respecto a los antecedentes de hospitalizaciones previas, 62.7 % indicó haber sido hospitalizado en los últimos seis meses. La mayoría, 169 (91.4 %), tomaba medicamentos: 71.6 %, uno o dos y 28.4 %, tres o cuatro (cuadro I).

A los 185 adultos mayores encuestados se les preguntó si realizaban alguna actividad física antes del ingreso hospitalario; solo 54.1 % contestó afirmativamente. Por otra parte, 95.1 % refirió dolor que impedía la realización de ejercicio.

En la figura 1 se aprecia una media de 54.7 puntos en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores egresados de ambos servicios (el máximo es 100). Lo anterior significa que más de la mitad de los adultos mayores evaluados en este estudio presentó capacidad funcional con deterioro de severo a moderado, por lo que requiere el apoyo constante para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, así como cuidados específicos.

Respecto a las capacidades funcionales evaluada con la Escala de Barthel, los resultados se presentan en la figura 2; es posible apreciar que 57 % de los adultos mayores de esta muestra tenía dependencia severa, lo cual indica que este grupo necesita cuidado sustitutivo para realizar actividades relacionadas con la alimentación, traslado, aseo y movilidad. Al relacionar los datos con los grupos de edad y el nivel de dependencia fue posible observar que la dependencia era directamente proporcional a la edad; al estratificar a los adultos mayores en dos grupos de edad, aquellos de 75 a 100 años de edad presentaron la mayor proporción de dependencia severa (72.3 %)

Cuadro II. Nivel de capacidad funcional de adulto mayor por grupos de edad, al egreso hospitalario

Nivel de capacidad funcional	Edad (años)			
	60-74		75-100	
	n	%	n	%
Dependencia total	11	9.2	6	9.3
Dependencia severa	57	47.5	47	72.3
Dependencia moderada	49	40.8	10	15.4
Dependencia escasa	1	0.8	1	1.5
Independiente	2	1.7	1	1.5
Total	120	100.0	65	100.0

Fuente: Escala de Barthel/cédula de datos generales, San Luis Potosí, México

y que el nivel de dependencia más frecuente, tanto en estos como en los de 60 a 74 años, fue la dependencia severa (cuadro II).

Tal como se adelantaba con los estadísticos descriptivos, existió asociación directamente proporcional entre edad y capacidad funcional. En el cuadro III se aprecia que la dependencia fue mayor conforme aumentaba

la edad, asociación que fue estadísticamente significativa (0.001).

En relación con el sexo también existieron diferencias, ya que las mujeres presentaron mayor proporción de dependencia total a severa y los hombres de independencia a dependencia moderada.

Tal como se indicó en la metodología, se utilizó el Instrumento de Necesidades Humanas de Virginia Henderson para identificar las necesidades del paciente. En la figura 3 se muestra la proporción de personas con capacidad funcional para satisfacerlas. Al desagrupar las necesidades por nivel de dependencia se identificó que la mayoría de estas necesidades no fue satisfecha.

La distribución de estas necesidades es diferente de acuerdo con el servicio en el que se evaluó al paciente. La proporción de necesidades fue superior en los pacientes egresados del servicio de cirugía, reportándose un porcentaje de insatisfacción mayor a 60 % en todas las necesidades y ligeramente menores en el servicio de medicina, con el porcentaje más bajo para la necesidad de trabajo, con 52 %. Justo por lo anterior, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, ya que al realizar los análisis con χ^2 solo se identificaron diferencias significativas entre la necesidad de oxigenación de los pacientes de cirugía y medicina, con un nivel de significación de 0.025.

En la figura 4 es posible identificar que todas las necesidades humanas insatisfechas se presentaron por encima de 50 % en los adultos mayores que egresaban del servicio de cirugía. Este porcentaje se relaciona con el requerimiento de cuidado durante y después de la hospitalización.

Cuadro III. Nivel de dependencia de los adultos mayores al egreso hospitalario por grupos de edad y sexo en los servicios de medicina y cirugía

		Dependencia total/severa		Independencia/dependencia moderada		χ^2	gl	ns
		n	%	n	%			
Grupos de edad	60-74 años	68	56.6	52	43.3	11.527	1	0.001
	75-100 años	53	81.5	12	18.5			
Sexo	Femenino	62	51.2	23	35.9	3.947	1	0.047
	Masculino	59	48.8	41	64.1			
Servicio	Cirugía	71	58.7	41	64.1	508	1	0.476
	Medicina	50	41.3	23	35.9			

gl = grados de libertad, ns = no significativo.

Fuente: Escala de Barthel. San Luis Potosí, México.

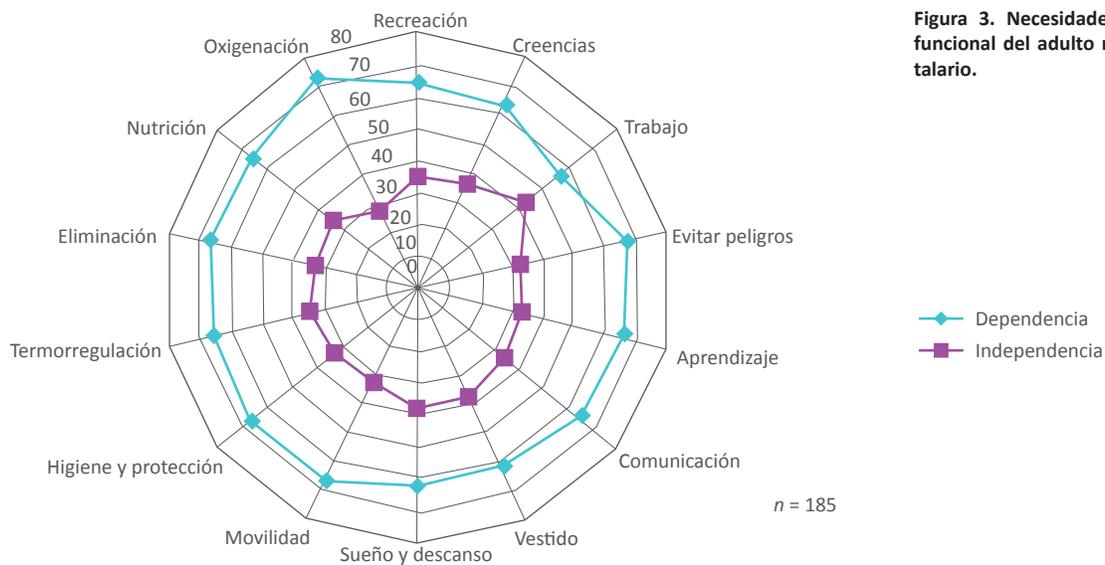


Figura 3. Necesidades humanas y capacidad funcional del adulto mayor a su egreso hospitalario.

Discusión

Las características demográficas de la población estudiada reflejan en buena medida el fenómeno de la transición poblacional que viven numerosas regiones del orbe, incluyendo México.¹ Se trata, como documentan las teorías de la transición demográfica¹³ y epidemiológica,¹⁴ de cambios que han alargado la esperanza de vida y han modificado los patrones de morbilidad, lo que ha derivado en predominio de las enfermedades crónicas a expensas de las infecciosas en una población cada vez más envejecida.¹⁵

Este fenómeno de alargamiento de la esperanza de vida se ha producido y evolucionado también en América Latina. En el SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe) —desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2000— se identificó que la media de edad fue de 63 años en el grupo de adultos mexicanos mayores de 60 años.¹⁶ En el presente estudio se identifica una media de edad mayor: 72 ± 7.97 años. Si bien nuestro estudio presenta los resultados de una muestra más pequeña que la del SABE, cuyas características no son generalizables a la totalidad de la población mexicana, permite visualizar el crecimiento del fenómeno del envejecimiento poblacional y de los desafíos que genera para los sistema de salud.

En nuestra investigación, al alargamiento de la esperanza de vida se sumaron otras características que configuran a una población de alta vulnerabilidad (cuadro I) y que reflejan la alta demanda de cuidado que enfrentará México en los próximos años, como lo señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.¹⁷

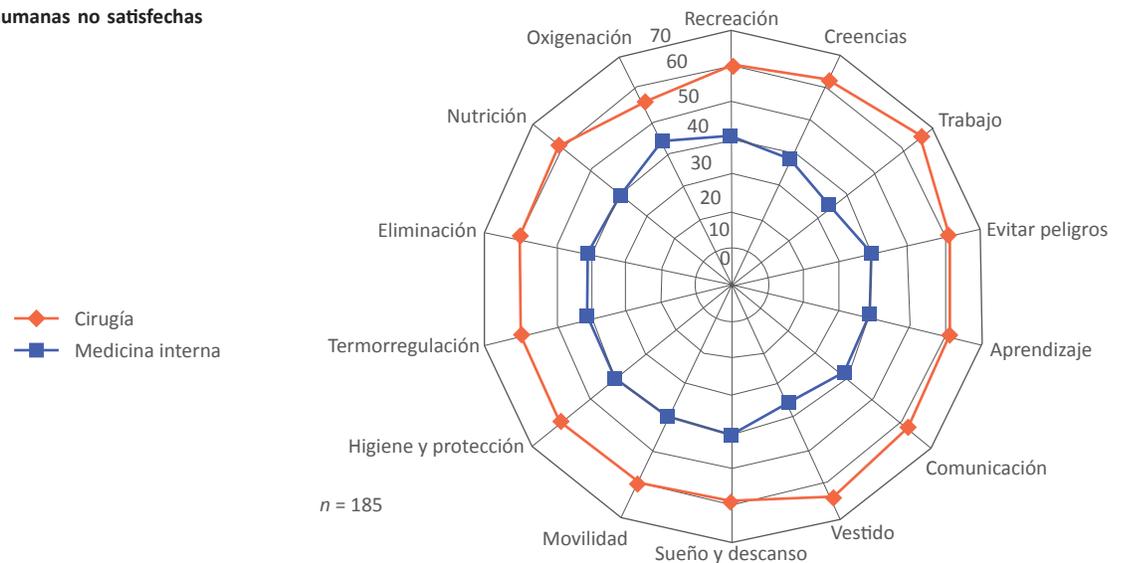
Se trata no solo del incremento de la asistencia inmediata, sino de condiciones que paulatinamente aumentan o aceleran la dependencia si no se promueve la adquisición de habilidades para el cuidado de la salud.

No solo se trata de una transformación en las causas de enfermedad sino en las formas de cuidar, lo que ha llevado a la extensión del tiempo de la enfermedad acompañada de la aparición de complicaciones que pueden generar distintas discapacidades. Si bien estas discapacidades se presentaron en distinto grado, se identificaron en la mayoría de los pacientes evaluados, lo cual dificulta el desarrollo de las actividades de la vida diaria e incrementa la necesidad de cuidado y asistencia directa y de capacitación dirigida al propio paciente y al cuidador primario.

Además, los datos presentados coinciden con lo señalado en el SABE, que muestra que la dificultad para realizar actividades de la vida diaria aumenta con la edad en todos los países y está relacionada con un mayor número de enfermedades.¹⁶

En este sentido, Cruz *et al.*¹⁸ señalan que estos fenómenos de cambio poblacional han multiplicado y aumentado la complejidad de las posibilidades a las que tiene que responder el cuidado actual, al conjugarse con lo que Lesthaeghe ha denominado la segunda transición demográfica, caracterizada por cambios en el tamaño, estructura y función familiar, que derivan en disminución en la proporción de cuidadores primarios e incremento en las necesidades de cuidado. En resumen, se trata de un fenómeno de incremento de la población con necesidades de cuidado y disminución de la disponibilidad de cuidadores en el hogar.¹⁹

Figura 4. Necesidades humanas no satisfechas en el adulto mayor.



Las implicaciones van más allá de la atención directa y repercuten en la formación de recursos humanos, la adecuación de espacios y aditamentos y la promoción de participación de los adultos mayores en todas las áreas de la vida social. Estos planteamientos refuerzan la conceptualización de funcionalidad que desplaza la visión tradicional centrada en la enfermedad y pone en relieve la importancia de entender la interrelación entre la función y estructura corporal, actividad y participación, e implica una respuesta integrada en el cuidado enfermero, que incluye factores personales y ambientales.

Al hacer énfasis en esta perspectiva más amplia sobre la funcionalidad no se trata de restar importancia a los trastornos en la estructura y función corporal, puesto que existen y están asociados con el deterioro crónico y continuado de la salud. Tan solo en el presente estudio, 62.7 % de los entrevistados refirió haber sido hospitalizado en los últimos seis meses debido a hipertensión arterial sistémica y problemas del corazón.

Además de identificar los principales diagnósticos médicos que presentaban las personas analizadas en esta muestra, se trató de conocer cómo afectan el nivel de capacidad funcional al egreso hospitalario y el desarrollo de las actividades de la vida diaria: en promedio se identificó un nivel de dependencia de moderado a severo (88.1 %) y que se requería mayor apoyo en actividades como subir y bajar escalones y caminar o moverse.

Esta tendencia es más evidente al egreso: en ambos servicios disminuyó la cantidad de personas que son independientes para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Se incrementó no solo la cantidad de personas de-

pendientes sino también su nivel de dependencia. Este fenómeno se puede observar en estudios como el de García García, desarrollado en España: al egreso hospitalario disminuyó la independencia para la movilidad hasta en 94 % de los adultos mayores analizados.²⁰ En virtud de que los pacientes evaluados habían sido dados de alta, requerían una recuperación funcional suficiente para hacer frente a su autocuidado y a las demandas que implica la vida en el hogar. Aunque no se realizó una evaluación al ingreso del paciente, es posible que si se hubiera hecho los resultados se hubieran acercado a los mostrados por Cruz Lendínez (en España)²¹ o Segovia y Torres (en México),²² quienes afirman que la hospitalización tiene un efecto negativo y favorece la disminución de la capacidad funcional en un importante grupos de adultos mayores.

Lo anterior es aún más preocupante si se considera que 62.7 % de los adultos mayores tuvo al menos un ingreso previo en los últimos meses y que las hospitalizaciones repetidas incrementaron de forma exponencial la pérdida de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria.

Autores como Loren Guerreo *et al.*²³ sugieren que existen diferencias de género respecto a los niveles de dependencia funcional cuando se evalúa la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria; al respecto, encontramos un predominio de la dependencia moderada a severa en las mujeres. A pesar de lo anterior, reconocemos que es necesario estudiar con mayor profundidad estas posibles diferencias, dado el rol social tradicional de las mujeres que naturaliza el desarrollo de las actividades de la vida diaria y predeciría mayor dependencia masculina.

Con los análisis estadísticos de los resultados se identificó una asociación significativa entre mayor edad y mayor dependencia al egreso, coincidente con los datos aportados en otras investigaciones.²¹ Los resultados son alarmantes si se consideran los datos para México aportados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe: en 2050, el tamaño de la población adulta mayor de 65 años se cuadruplicará hasta alcanzar los 25.9 millones, con las consiguientes implicaciones que ello tiene para la enfermería profesional.

Conclusiones

Los datos obtenidos permiten proyectar las probables necesidades de grupos semejantes y diseñar planes y metodologías específicas de atención estandarizada respecto a los recursos requeridos para el cuidado, como profesionales de la salud, materiales, metodologías, espacios, etcétera.

Ahora bien, las diferencias entre los servicios orientan hacia la individualización: las necesidades insatisfechas fueron superiores en el servicio de cirugía, lo que podría estar relacionado tanto con las patologías del paciente y

los procedimientos que se le realizan, como con el propio funcionamiento del servicio. En todo caso, no dispusimos de información para identificar esta relación.

Si consideramos que más de las dos terceras partes de la población en estudio presentaba dependencia total a severa en las 14 necesidades analizadas, es abrumador pensar en la cantidad y multiplicidad de tareas que el profesional de enfermería tiene a su cargo, no solo en la atención directa al paciente sino también en la enseñanza del autocuidado y la capacitación del cuidador familiar.

En suma, los resultados apuntan hacia el incremento de la vulnerabilidad de los adultos mayores durante la hospitalización, lo cual es preocupante si consideramos que una vez que egresen regresarán a su hogar con su capacidad funcional disminuida e incremento en sus demandas de salud.

Agradecimientos

En memoria de la doctora Martha Graciela Segovia Díaz de León, por su dedicación y entrega a la profesión, por su contribución en este trabajo y por su esmero en la formación de profesionales de enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Descanse en paz.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población (Conapo). Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México. México: Consejo Nacional de la Población; 2011. [En línea] http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf [Consultado 06/02/2014].
2. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(2):127-37. [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004 [Consultado 06/02/2014].
3. Vallejo-Sánchez JM, Rodríguez-Palma M, Valverde-Sánchez MM. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos*. 2007;18(2):19-23. [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200003 [Consultado 06/02/2014].
4. Consejo de Salubridad General. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Guía de práctica clínica. México: Consejo de Salubridad General; 2010. [En línea] http://www.imss.gob.mx/profesionales/guías_clínicas/gpc.htm [Consultado 06/02/2014].
5. Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición. Memorias del Simposium "Investigación y experiencias en la atención del adulto mayor en México", 1 al 4 de mayo de 2012, Puerto Vallarta, Jalisco, México. [En línea] <http://www.ammfen.org.mx/memorias/27pv/documentos/adultomayor/ponencias.pdf> [Consultado 06/02/2014].
6. Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín Martínez C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Tercera edición. España: Elsevier; 2005. p. 53.
7. Martínez-De la Iglesia J, Dueñas-Herrero R, Onís-Vilches MC, Aguado-Taberné C, Albert-Colomer C, Luque-Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia del deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin*. 2001;117(4):129-34.
8. Barrero-Solís CL, García-Arrijo S, Ojeda-Manzano A. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. 2005;4(1-2):81-5.
9. Buzzini M, Secundini R, Gazzoti A, Giraldes RL, Castro RAA, Druetta S, et al. Validación del Índice de Barthel. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP*. 2002;6(1):9-12.
10. Gallegos-Torres MR, Díaz-Guerrero R, Hernández-Castañón MA, Zamora-Mendoza MA. Instrumento de valoración basado en el enfoque de Virginia Henderson. *Desarrollo Científ Enferm*. 2008;16(9):396-401.
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación del 8 de junio de 2011. [En línea] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf [Consultado 06/02/2014].
12. Ley General de Salud. 2009. [En línea] <http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-tercero/> [Consultado 06/02/2014].
13. Vera-Bolaños M. Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de Población*. 2000;6(25):179-206. [En línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202509>
14. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q*. 2005;83(4):731-57. [En línea] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>
15. World Health Organization (WHO). Strengthening nursing and midwifery. En: Support of strategies for health for all report by

- the director general. Geneva, Switzerland: WHO; 1992. [En línea] <http://www.who.int/hrh/resources/WHA45-5.pdf> [Consultado 06/02/2014].
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Encuesta multicéntrica. Salud bienestar y envejecimiento en América latina y el Caribe (SABE). Washington, DC: OPS; 2001. [En línea] <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf> [Consultado 06/02/2014].
 17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe del comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo. Santiago, Chile: CEPAL; 2010. [En línea] <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/40954/lcg2465-Informe.pdf> [Consultado 06/02/2014].
 18. Cruz-Ortiz M, Jenaro-Río C, Pérez-Rodríguez MC, Hernández-Blanco ML, Flores-Robaina N. Cambios en el contexto del cuidado: desafíos para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(4):1039-46. [En línea] <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4412/5779>. [Consultado 06/02/2014].
 19. Lesthaeghe R. On theory development and applications to the study of family formation. *Population and Development Review*. 1998;24(1):1-14.
 20. García-García MA, Tajadura-Albillos MC, Gil-Millán P, Millán-Cuesta B. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enfermería Global*. 2011;10(4):19-32.
 21. Cruz-Lendínez A, Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Carrascosa-García MI, Jiménez-Díaz MC, Villar-Dávila R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos*. 2010;21(1):8-16. [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2010000100002&script=sci_arttext [Consultado 06/02/2014].
 22. Segovia-Díaz de León MG, Torres-Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*. 2011;22(4):162-66. [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003 [Consultado 06/02/2014].
 23. Lorén-Guerrero L. La dependencia de las personas mayores. Un estudio de género en un hospital de tercer nivel. *Parainfo Digital*. 2010;9. [En línea] <http://www.index-f.com/para/n9/i027.php> [Consultado 06/02/2014].
-
- Cómo citar este artículo:**
Arteaga-Hernández MI, Segovia-Díaz de León MG, Pérez-Rodríguez MC, Cruz-Ortiz M. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2015;23(1):17-26.