



Secretaría de Salud de Hidalgo
Hospital General de Pachuca
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina



TESIS

Tipología del envejecimiento en los adultos mayores residentes
en La Casa de la Tercera Edad en Hidalgo

Que presenta la C.
Médica Cirujana Carla Alejandra Underwood Pichardo

Para obtener el diploma de especialista en Medicina Integrada

Dr. Leopoldo Norberto Oliver Vega
Profesor titular del programa de Medicina Integrada

Dr. Sergio Muñoz Juárez
Profesor Investigador
Asesor Clínico y Metodológico

Dra. Lourdes Cristina Carrillo Alarcon
Profesor Investigador
Asesor Universitario y metodológico

Periodo de Especialidad
2013-2015

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada

"TIPOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA CASA DE LA TERCERA EDAD EN HIDALGO"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICINA INTEGRADA, QUE SUSTENTA LA MÉDICO CIRUJANO

CARLA ALEJANDRA UNDERWOOD PICHARDO

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, ENERO 2015

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

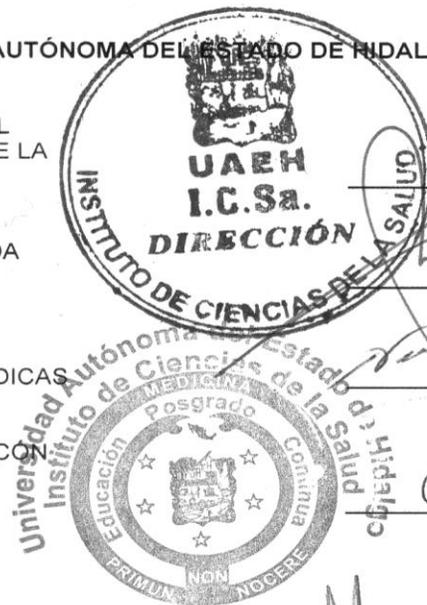
M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UAEH

M. C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M. C. ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCO
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. MARIO ISIDORO ORTIZ RAMÍREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO



Mario Isidoro Ramirez

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

DR. SERGIO LÓPEZ DE NAVA Y VILLASANA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTEGRADA

DR. EN C. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESOR DE TESIS



Sergio Muñoz Juárez

Agradecimientos

Al Dr. Sergio Muñoz Juárez por la enseñanza y oportunidad al realizar este documento, así como a la Dra. Ana Abarca, residente de la especialidad de Medicina Integrada por su compañerismo y motivación en la captura de información. Y especialmente a Casa de la Tercera Edad en Hidalgo, a la Licenciada Margarita Leonart por permitir conocer y convivir con los residentes de dicha institución.

Gracias al Profesor titular de la Especialidad en Medicina Integrada del Hospital General de Pachuca, el Dr. Leopoldo Norberto Oliver Vega y Dr. Chiristian Roldán Muñoz y Alexander Daniel Martínez, por su orientación, apoyo y facilidades para realizar este documento.

Y por último gracias a mi familia, a mis padres y hermanos de quien recibí toda la motivación y empuje para trabajar diariamente. Y a quienes dedico este documento.

Índice

	Página
Agradecimientos	3
Antecedentes	5
Planteamiento del problema	8
Objetivos del estudio	10
Metodología	10
Hallazgos	13
Discusión	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24

Antecedentes

El impacto del envejecimiento de la población será especialmente importante en los países en desarrollo donde en los próximos años el proceso ocurrirá más rápido que el que registraron en sus días los países industrializados. Para América Latina y el Caribe, la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2007) expresa que entre los años 2000 y 2030 la población urbana aumentará de 394 millones a 609 millones, experimentándose un envejecimiento sustancial de su estructura por edades, donde la población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 % a 14 %.

El deterioro cognitivo que implica la demencia se expresa generalmente en una reducción de las habilidades de autocuidado, sin embargo, paradójicamente, entre las escalas de valoración de estos autocuidados y los test de valoración cognitiva no existe una correlación lineal, debido en gran parte a los rasgos diferentes de las conductas que evalúan.

La correcta realización de esta evaluación implica tener en cuenta dos tipos de escalas, las que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aquellas otras que valoran este tipo de actividades, cuando precisan el manejo instrumental (AIVD) de objetos de uso cotidiano, como el teléfono, utensilios de cocina, etc.

Sin embargo, la edad por si misma es un factor de riesgo para el deterioro del funcionamiento del adulto mayor, así como el antecedente de caídas previas, las cuales pueden dejar alguna secuela en el sistema musculoesquelético, lo cual es un factor más para la disfunción de este grupo etario (Disa, 2012). Bourne, (2010) por otro lado menciona que aunque la edad por si misma es un factor de riesgo para caídas y deterioro cognitivo, los apoyos de las redes sociales de los adultos mayores son factores protectores para la salud de la población de adultos mayores en Jamaica.

La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, han servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países, como España, Francia, Alemania y Gran Bretaña. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y bienestar de la población de adultos mayores (Yang, 2005).

La autopercepción de salud es un parámetro válido para la medición del estado de salud. En el adulto mayor ha demostrado, a nivel poblacional, ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios. Estudios longitudinales comprueban que la supervivencia tiene mayor relación con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados con envejecimiento satisfactorio (Grand, 1990). Además, la autopercepción de salud se relaciona con la mortalidad, independientemente del nivel objetivo de salud (Kaplan, 1988).

Para la OMS la calidad de vida es “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (Azpiazu, 2003).

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), explicadas en términos de dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro generado por la institucionalización.

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima así como en el bienestar autopercibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida (Manrique, 2011). La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” (Miralles, 2010) y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía.

Esta pérdida ocasiona a su vez trastornos de la movilidad entre un 50 % y 65 % ya sea por procesos agudos y/o crónicos producto de la exposición a factores intrínsecos y extrínsecos, generando cambios importantes no solo en el estado de morbilidad y mortalidad sino que determina el estilo y calidad de vida de la población mayor, debido a que la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y a la funcionalidad (Lobo, 2007).

El índice de Barthel se considera un instrumento válido y fiable para la evaluación funcional de los pacientes en rehabilitación y es utilizado por la comunidad científica de manera global. Este índice es ha sido utilizado en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular, por su fácil aplicación se han cumplido con los objetivos planteados en otras investigaciones (Azevedo, 2006; Rios, 2013).

El índice de Barthel, ha sido utilizado en instituciones con adultos en residencia geriátricas, en donde se ha demostrado su valides para detectar los diferentes tipos de dependencia, asimismo, se ha encontrado una relación entre las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y los antecedentes médicos (Pinillos, 2012).

Sin embargo, Ávila (2007) y Alves (2005) no han encontrado esta asociación, pero sí a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Planteamiento del problema

Hoy en día, se reconoce en la mayoría de los países, que la esperanza de vida ha incrementado, en México para el año 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009) la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada, con un incremento acelerado en los mayores de 60 años en relación con los grupos de menor edad.

Sin embargo, aunque la esperanza de vida haya aumentado, no necesariamente indica que los adultos mayores tengan un envejecimiento ideal, ya que al tener envejecimientos patológicos conlleva a cargas de diversa índole al sistema de salud, a la familia y a la propia persona. (González, 2006).

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer el tipo de envejecimiento que se encuentra en los residentes de la casa de la tercera edad. No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos tipos de envejecimiento, reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca cuatro distintos rumbos de tipo de envejecimiento, dependiendo de diferentes circunstancias; pero en general se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder

preponderancia a las enfermedades crónico degenerativas. De esta manera se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias (Treviño, 2006).

Los tipos de envejecimiento se cimantan como un constructo complejo, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de percepción de salud, y la segunda relacionada con aspectos de capacidad funcional, presencia de enfermedades crónicas, consumo de alcohol y tabaco y la actividad física (Andrews, 1974).

Las estadísticas constatan así que, en las últimas cuatro décadas, ha habido cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y muerte de la población envejecida, resaltando cambios en la estructura de la mortalidad por causas como el incremento de las enfermedades crónicas, el descenso de la infecciones, así como la mayor importancia social y económica de la morbilidad y la discapacidad respecto a la mortalidad. Se avanza en el envejecimiento y la transición epidemiológica dentro de una ruta, pero aún se vislumbran muchos cambios por venir. Parte sustancial de este proceso estará matizado por la desigualdad social y económica, y se refleja en los niveles de mortalidad y morbilidad (Gutiérrez, 2001).

No todos envejecemos con la misma tipología, ante la premisa de que cada tipo de envejecimiento conlleva condiciones e implicaciones diferentes. Los sistemas de salud se enfrentan a una creciente carga de las enfermedades crónicas, en donde se ven involucrado, por un lado la familia (apoyos, estrategias de convivencia) y por el otro, todos y cada uno de los individuos (capacidad funcional, enfermedades, hábitos). La Organización Mundial de la Salud, promueve el envejecimiento ideal y el activo, con el objetivo de extender la calidad de vida de las personas durante la vejes.

De tal manera que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la tipología del envejecimiento en los adultos mayores residentes la casa de la tercera edad en Hidalgo?

Objetivos

Objetivo general

Identificar la tipología de envejecimiento en los adultos mayores residentes en la casa de la tercera edad en Hidalgo.

Objetivos específicos

- 1.- Describir la prevalencia de envejecimiento ideal en adultos mayores
- 2.- Establecer la prevalencia de envejecimiento activo en adultos mayores
- 3.- Mostrar la prevalencia de envejecimiento habitual en adultos mayores
- 4.- Señalar la prevalencia de envejecimiento patológico en adultos mayores

Metodología

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevará a cabo en la casa de la tercera edad, ubicada en la carretera Pachuca-México.

DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño propuesto para realizar la presente investigación será de tipo transversal, analítico y comparativo.

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Lugar: El levantamiento de la información será recabada en la casa de la tercera edad, dependiente del gobierno del Estado de Hidalgo..

Tiempo: El tiempo para la realización del proyecto de investigación se realizará en mayo a octubre del 2014.

Persona: Los participantes en esta investigación serán los adultos mayores, residentes de la casa de la tercera edad.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterio de inclusión:

- 1.- Adultos residentes de la casa de la tercera edad
- 2.- Sexo indistinto

Criterios de exclusión:

- 1.- Incapacidad para hablar
- 2.- Deterioro mental

Criterios de eliminación:

- 1.- Serán eliminadas las encuestas con más del 10% de falta de llenado.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y LA TÉCNICA DE MUESTREO

Tamaño de la muestra:

Para la realización de la presente investigación, no se realizará cálculo de tamaño de muestra, ya que serán incluidos todos los residentes que se encuentran en la casa de la tercera edad, siendo en su totalidad de residentes cien adultos mayores los elegibles para participar en la investigación.

Muestreo: Como se va a realizar un censo de residentes, no se realizarán métodos de muestreo.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Hasta que los comités de ética en investigación y de investigación hayan dictaminado la ejecución, se visitará la casa de la tercera edad por parte de la médico residente de medicina integrada. Se presentará el oficio de ejecución a la responsable de la institución (la cual ya aceptó se lleve a cabo la investigación, sólo está en espera del documento de ejecución). La médico residente aplicará las seis encuestas (todas por vez) a cada uno de los residentes de la casa de la tercera edad, tomándose el tiempo necesario y pertinente de acuerdo a las características físicas de cada uno de los adultos mayores. Las encuestas aplicadas serán capturadas en una hoja de Excel; terminada la captura se transformará a formato de STATA para el análisis estadístico ya propuesto. Con la

información obtenida, se obtendrá la información para la conformación primero de la tesis de la médico residente, asimismo, con la información obtenida se presentará en la sesión general, así como la publicación en revista indexada.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Análisis descriptivo de la población: Se calcularán medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas, de cada medida de dispersión se calcularán intervalos de confianza al 95%.

De las variables cualitativas se calcularán las proporciones correspondientes a cada una de las categorías, de cada proporción se calcularán intervalos de confianza al 95%.

Se calculará la prevalencia de las cuatro formas de envejecimiento, para la conformación de las cuatro tipologías de envejecimiento, se realizarán los cruces y las condicionantes de cada uno de los seis instrumentos para elaborar la tipología.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recabar la información, se aplicarán varios instrumentos de recolección de información, con la finalidad de poder realizar las cuatro tipologías.

Anexo # 1 Indicador de enfermedades presentes en los adultos mayores

Anexo # 2 Índice de Barthel

Anexo # 3 Minimental (para personas con menos de tres años de escolaridad

Anexo # 4 Minimental (para personas con tres a más años de escolaridad

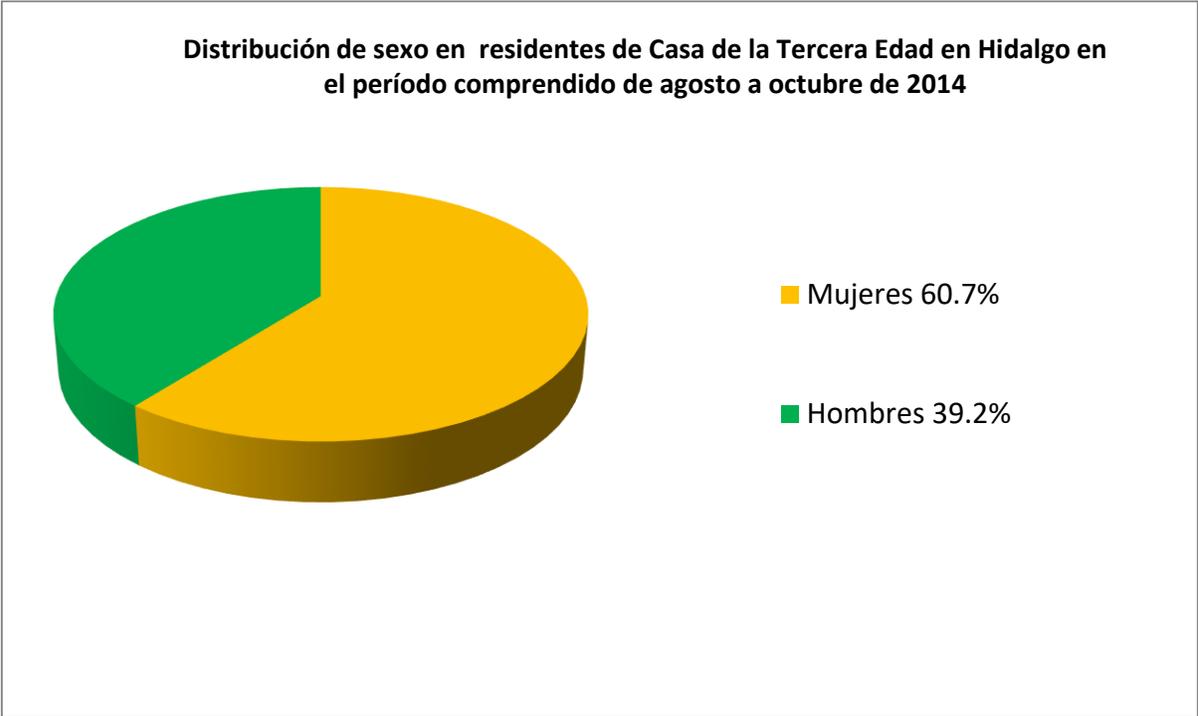
Anexo # 5 Autopercepción de salud

Anexo # 6 Registro de consumo de tabaco

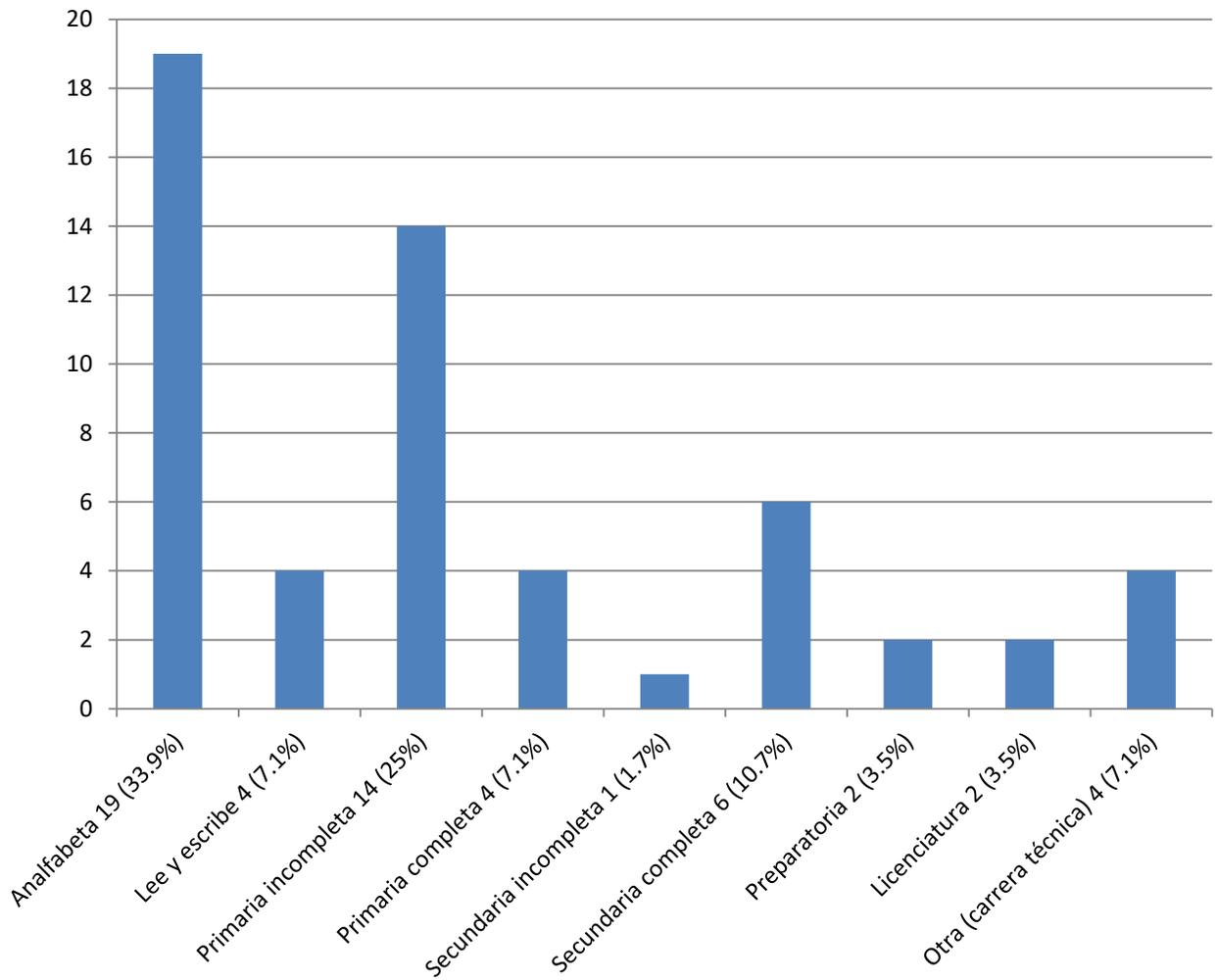
Anexo # 7 Registro de consumo de alcohol

Anexo # 8 WHOQoI-Breve Versión en Español (De este instrumento sólo se utilizarán las preguntas relacionadas con actividad física, estas preguntas son las marcadas con los números: 3,4 10, 15, 16, 17 y 18).

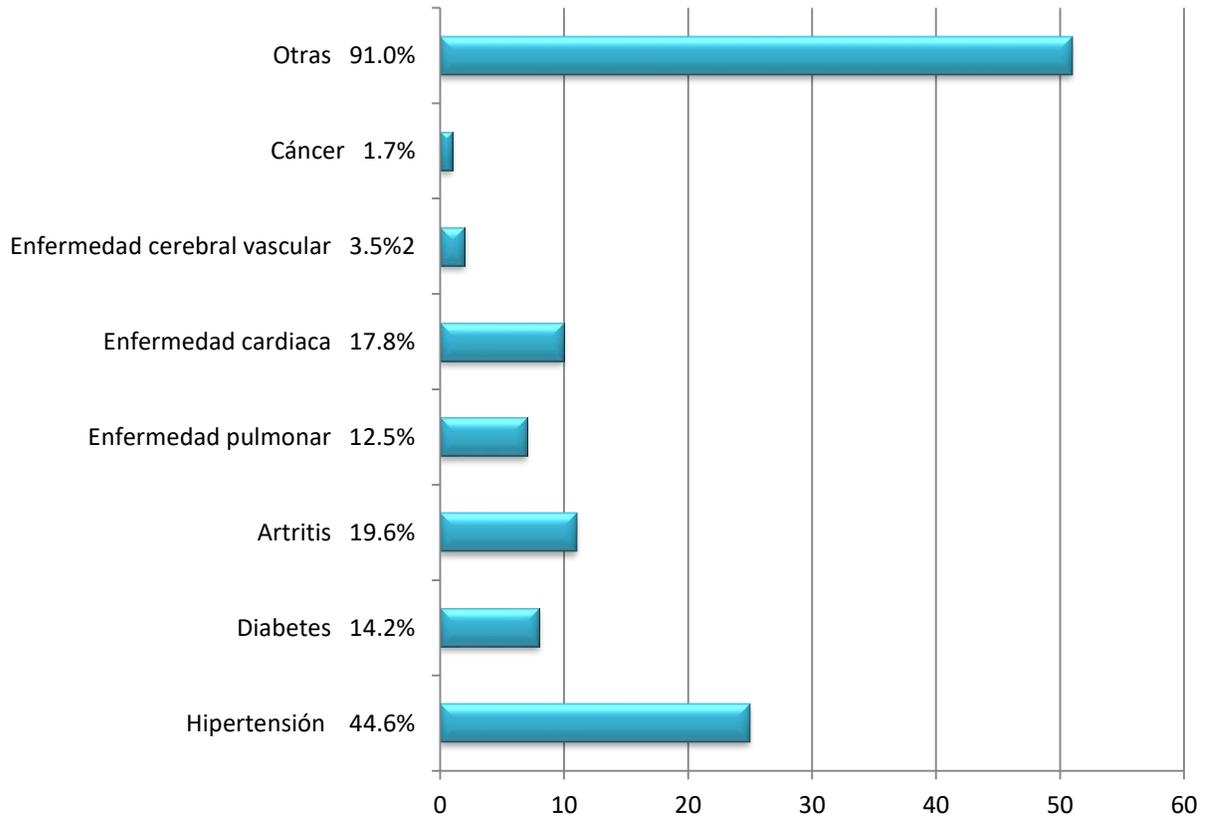
Hallazgos



Distribución de escolaridad en residentes de Casa de la Tercera Edad en Hidalgo en un período comprendido de agosto a octubre de 2014



Indicador de enfermedades presente en los residentes de la Casa de la Tercera Edad en Hidalgo, en el período comprendido de agosto a octubre de 2014



Índice de Barthel en residentes de Casa de la Tercera Edad en Hidalgo en el período comprendido de agosto a octubre de 2014

ACTIVIDAD	VALORACIÓN	PORCENTAJE
Comer	0= Incapaz	1.7%
	5= Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos, etc.	1.7%
	10= Independiente (la comida está al alcance de la mano)	96.4%
Trasladarse entre la silla y la cama	0= Incapaz, no se mantiene sentado	0%
	5= Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	17.8%
	10= Independiente	82.1%
Aseo personal	0= Necesita ayuda con el aseo personal	17.8%
	5= Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	82.1%
Uso del retrete	0= Dependiente	5.3%
	5= Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo	17.8%
	10= Independiente (entrar, salir, limpiarse y vestirse)	76.7%
Bañarse/ ducharse	0= Dependiente (necesita ayuda para bañarse o ducharse)	30.3%
	5= Independiente para bañarse o ducharse	69.6%
Desplazarse/ Deambulación	0= Inmóvil	5.3%
	5= Independiente en silla de ruedas en 50 metros	14.2%
	10= Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	25%
	15= Independiente al menos 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	55%
Subir y bajar escaleras	0= Incapaz	30.3%
	5= Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	25%
	10= Independiente para subir y bajar escaleras	44.6%
Vestirse o desvestirse	0= Dependiente	1.7%
	5= Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	30.3%
	10= Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	67.8%
Control de heces (Valórese la semana previa)	0= Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0%
	5= Accidente ocasional (uno/semana)	28.5%
	10= Continente	71.4%
Control de la micción (Valórese la semana previa)	0= Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	7.1%
	5= Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	53.5%
	10= Continente	39.2%

Minimetal en los residentes de la Casa de la Tercera Edad en Hidalgo en el período comprendido de agosto a octubre de 2014

ORIENTACIÓN	Porcentaje de respuestas correctas
Día	37.5%
Mes	50%
Año	37.5%
¿Qué día de la semana es?	71.4%
¿Qué hora es?	57.1%
¿En dónde estamos ahora?	85.7%
¿En qué piso o departamento estamos?	73.2%
¿Qué colonia es ésta?	39.2%
¿Qué ciudad es ésta?	87.5%
¿Qué piso es éste?	75%

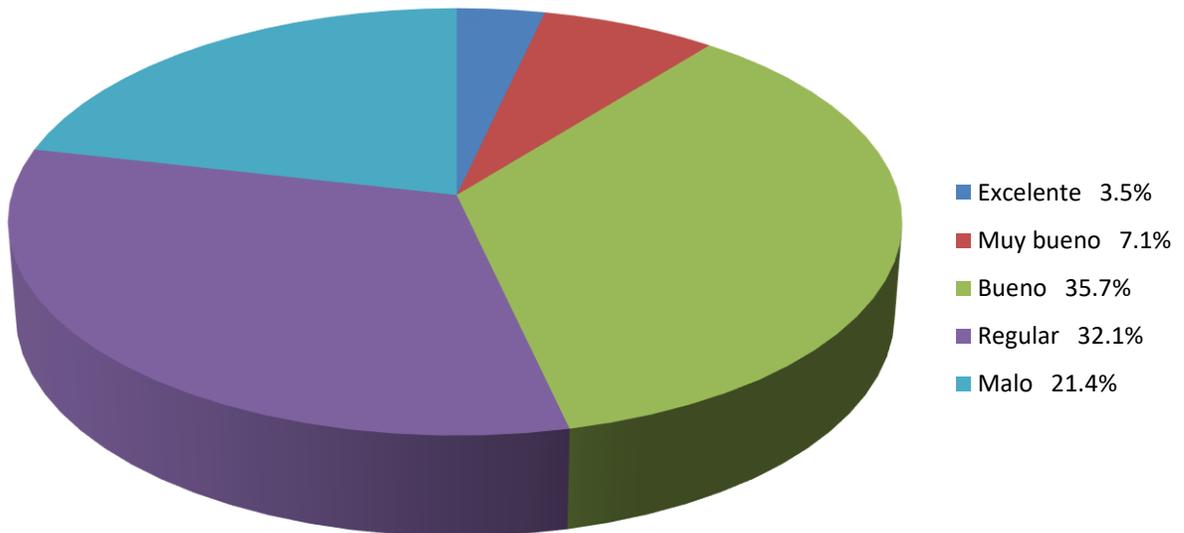
REGISTRO	Porcentaje de respuestas correctas
Papel	89.2%
Bicicleta	85.7%
Cuchara	92.8%

ATENCIÓN Y CÁLCULO	Porcentaje de respuestas correctas
93	33.9%
86	17.8%
79	16%
72	12.5%
65	10.7%

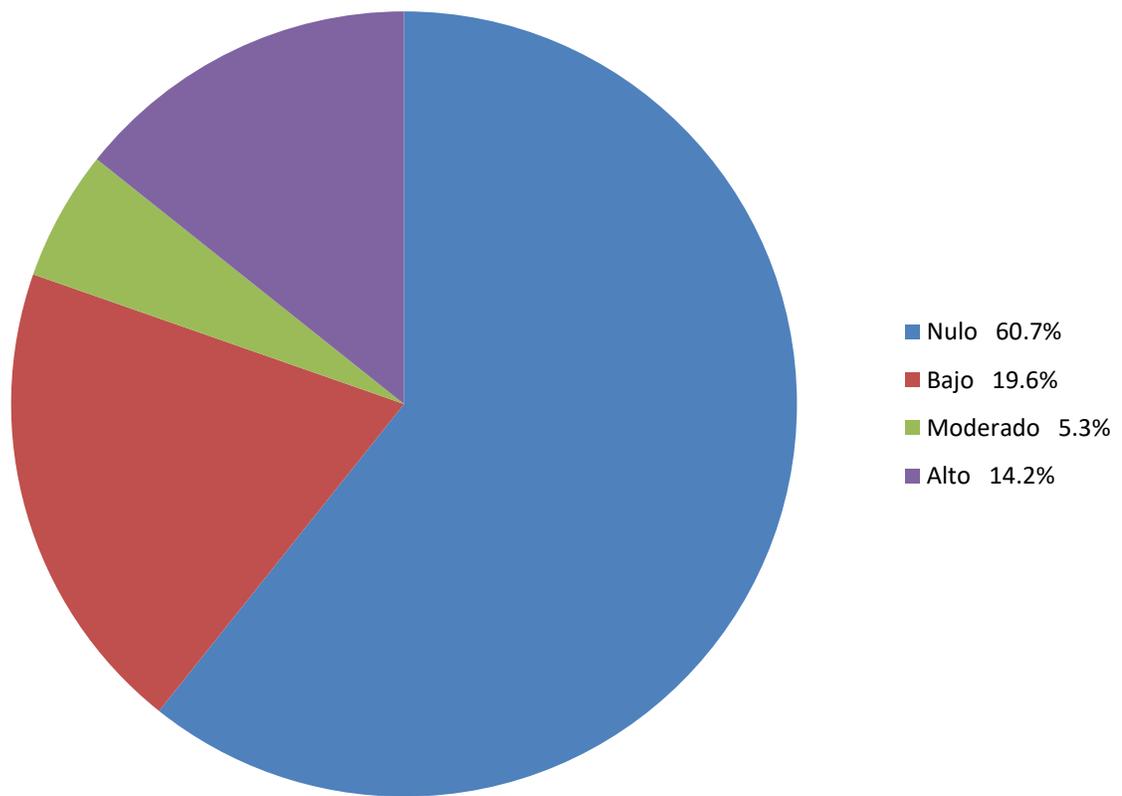
LENGUAJE	Porcentaje de respuestas correctas
Tome éste papel con la mano derecha	92.8%
Dóblelo por la mitad	92.8%
Y déjelo en el suelo	92.8%
Por favor, haga lo que dice aquí	30.3%
Escriba una frase	32.1%

MEMORIA DIFERIDA	Porcentaje de respuestas correctas
Papel	32.1%
Bicicleta	32.1%
Cuchara	41%
Copie un dibujo	25%
¿Qué es este objeto mostrado? (reloj)	94.6%
¿Qué es este objeto mostrado? (lápiz)	94.6%
Repita la frase: Ni no, ni sí, ni pero	71.4%

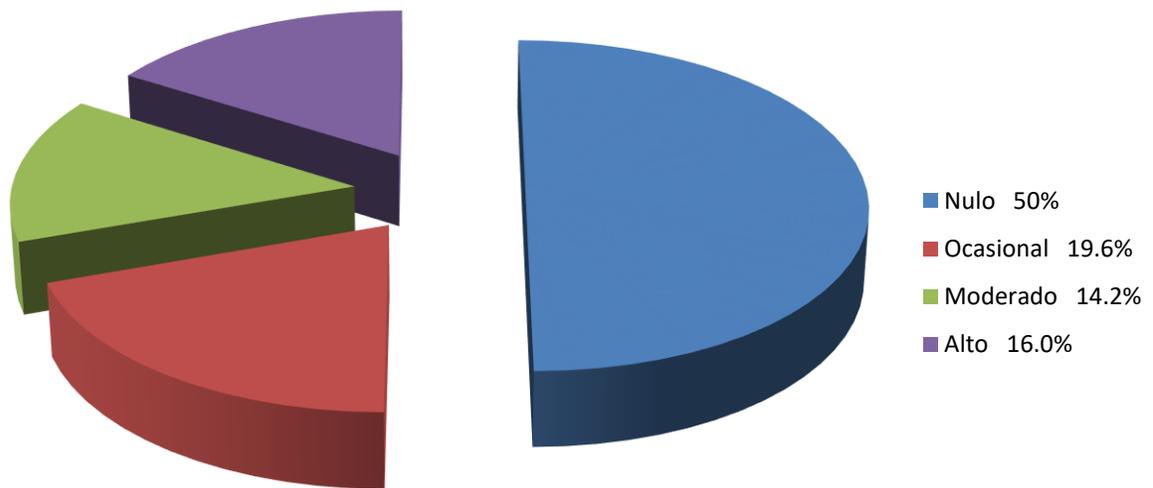
Autopercepción de salud en residentes de Casa de la Tercera Edad en Hidalgo en el período comprendido de agosto a octubre de 2014



Consumo de tabaco en residentes de Casa de la Tercera Edad en Pachuca de agosto a octubre de 2014 un año antes de hospedarse



Consumo de alcohol en residentes de Casa de la Tercera Edad en Hidalgo de agosto a octubre



Discusión

Dentro de los próximos 30 años se espera que la población de adultos mayores se duplique en nuestro país. Por ello la importancia de realizar estudios en estancias como La Casa de la Tercera Edad, que nos brinda información acerca de los estilos de vida y la tipología del envejecimiento dentro de ella para identificar la problemática primordial en este grupo poblacional. En nuestro estudio que se llevó a cabo en el período de agosto-octubre de 2014 podemos confirmar que lo publicado en recientes artículos similares a éste se destaca la constante relación entre escolaridad-lucidez, estilo de vida inadecuado-dependencia. En los test aplicados, índice de Barthel (Valoración de la dependencia física: El índice de Barthel; Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno, España, 1997) no existen variaciones significativas con estudios publicados en años anteriores en Instituciones distintas, donde por arriba del 70% de la población total en éstas se encuentran por debajo de la calificación máxima.

En realidad es muy semejante la tipología del envejecimiento en Casa de la Tercera Edad en Hidalgo a las evaluadas en otras ciudades del país e inclusive del mundo. Con la diferencia que entre los países con mayor desarrollo sociocultural donde el porcentaje de independencia es mayor que en México, tomando en cuenta que la mayoría de los encuestados en este estudio son analfabetas, que vivieron gran parte de su vida en zonas rurales, sin acceso a la tecnología y a la educación. Por lo que se presenta un deterioro cognitivo mayor.

Un de análisis de patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería, España, en 2012 en la población de adultos mayores; señala en una descripción transversal de 1753 pacientes que el 29% de ellos se encontraron con secuelas por inmovilización, un 16.5% con fractura de cadera Y 13.7% con EVC. Por el contrario en nuestro estudio se encontró como principal causa de patología la hipertensión, con un 44.6%, en segundo lugar artritis (osteoartritis), con un 19.6% y en tercer lugar enfermedad cardíaca, con un 17.8%; por lo que se muestra mayor número de casos de enfermedades crónicas degenerativas.

En otros estudios latinoamericanos, como el de Caracterización Clínica, Epidemiológica y Social, de una Población Geriátrica Hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar en Perú con una población de 711 pacientes de 60 años y más hospitalizados entre enero de 2010 y noviembre de 2011, donde las principales patologías que mayor porcentaje presentaron fueron hipertensión con 60.2% de la población; diabetes tipo 2; 43.3%, similar en México. Comparación en Hospitales españoles y Centros del Adulto Mayor, del 2006 en cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, con un 37% y 55% respectivamente.

De ahí otras patologías como malnutrición y caídas en 35.2% de la población, incontinencia urinaria e hipotiroidismo. En cuanto a depresión y deterioro cognitivo en un 62.2% y 34.4% respectivamente, fueron similares a otros países latinoamericanos como México.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2013, en una encuesta longitudinal de 2001 a 2012, en adultos de 50 años y más, en 20,000 personas concluyó que existe un estado de deficiencia de salud de regular a mala, con 57.1% de los hombres y 67.5% en mujeres; las cuales admiten con mayor frecuencia tener dificultad para ejecutar seis tareas cotidianas; vestirse, acostarse y levantarse, caminar y usar el baño, bañarse comer.

Similarmente encontrado en nuestro estudio donde la mayoría de residentes con dificultad para realizar actividades de la vida diaria se presentaron en mujeres.

Conclusiones

- La tipología del envejecimiento en Casa de la Tercera Edad en Hidalgo se clasifica en envejecimiento habitual y se relaciona directamente con las patologías presentadas de tipo crónico y con el estilo de vida que actualmente ejercen, con una relación íntima con la escolaridad del paciente. La mayoría analfabetas quienes son los que muestran mayor grado de demencia vascular y atrofia cerebral, por lo que se concluye que son en los que prevalece mayor dependencia al realizar sus actividades de la vida diaria.
- Seguido del envejecimiento patológico, por el número de residentes que dependen completamente de terceros para llevar a cabo actividades de la vida diaria.
- En tercer lugar clasifica para el envejecimiento activo que lo presentan la mayoría de residentes por debajo de 70 años, mujeres.
- En una minoría, de 5 residentes de un total de 56 encuestados se presenta el envejecimiento ideal. Por presentar ninguna asociación a enfermedades crónicodegenerativas y su grado de independencia para realizar actividades de la vida diaria.

Bibliografía

Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1974) Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1 (1), 1-30.

Aguilar, NSG & Avila, FJA (2010) La diabetes y la vejes. *Revista de investigación clínica* 62(4), 302-304.

Ávila, F.J., Melano, C.E., Payette, H. & Amieva, H. (2005) Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Revista Salud pública de México*; 49(5): 367-375.

Alves, L.C. & Rodríguez, R.N. (2005) Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 17(5), 333-341.

Azevedo da Costa F, Araujo da Silva DL, Da Rocha VM. Condición funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefálico. *Revista de Neurología* [Internet]. 2006 [citado 20 de noviembre de 2013]; 42 (10): 591-95. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4210/u100591.pdf>.

Azpiazu, G.M., Cruz, J.A., Villagrasa, F.R., & Abadanes, H.J.C. (2003). Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Atención Primaria*; 31(5): 285-92.

Baztán, J.J., Pérez, M.J., Alarcón, T., Izquierdo, G., & Manzarbeitia, I. (1993) Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.

Bourne, P., Christopher, A.D., Charles, S.W. (2010) Cognitive functionality of older men in St. Catherine, Jamaica Paul A. *North American Journal of Medical Sciences*, 2, 150-157.

Campbell, A.J. & Buchner, D.M., (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*; 26, 315-318.

Casado, D., & López, G. (2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación la Caixa.

Chassin, M.R. y Galvin, R.W. (1998) The urgent need to improve health care quality. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1000-1005.

CONAPO, 2009. La situación demográfica de México. México: CONAPO.

Disa J. Smee, Judith M. Anson, Gordon S. Waddington, & Helen L. Berry (2012). Association between Physical Functionality and Falls Risk in Community-Living Older Adults. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Volume 2012, Article ID 864516, 6 pages.

Hamerman, D. (1999). Toward an understanding of frailty. *Annals of Internal Medicine*, 130; 945-950.

González, C.A., & Ham, C.R. (2007) Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Revista de Salud Pública de México*, 49 (4), s448-s458.

Granger, C.V., Albrecht, G.L., & Hamilton, B.B. (1979) Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60; 145-154.

Olaiz, G, Rojas, R & Barquera, S. (2003) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Tomo 2 La salud de los adultos. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-140.

Ríos García M, Solís de la Paz D, Oviedo Bravo A, Boza Santos I, Valdés González AA. Comportamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Militar de Matanzas. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2013 Jul-Ago [citado: 20 de noviembre de 2013]; 5(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema03.htm>.

Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

Fried, L.P. (2000). Epidemiology of aging. *Epidemiologic Reviews*, 22 (1), 95-106.

Grand A, Groschalude P, Bocquet M, Pous J, Albarede JL. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *Journal Clinic Epidemiology* 1990;43:773-82.

González, C.R., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México. *Universitas Psychological*, 5 (3), 501-509.

Gutiérrez, L.M. (20010) El proceso de la transición epidemiológica. *Demos*;4, 8-9.

Gutierrez, R. LM, Gutierrez, AH, & Ávila, FA. (2010) El instituto de geriatría: Hacia un envejecimiento sano y activo. *Revista de investigación clínica*, 62, (4), 287-288.

Ham, R. y Gutiérrez-Robledo, L.M., 2007. Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud Pública de México*, 49 (sup. 4), S433-S35.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005. Densidad de la población. Consultado en: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion!densidad.asp>

Kaplan G, Bavell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol* 1988;43(1), S114-20.

Liao, T.F. (1996). Measuring population aging as a function of fertility, mortality, and migration. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11 (1); 61-79.

Novelo, L.H., (2003). Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5.

Manrique, E.B, Salinas, R.A., Moreno, T.K., & Téllez, R.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*; 53(1):26-33.

Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 1965; 14; 61-65.

Miralles I. (2010). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y Sociedad*; 15(16): 137-161.

Organización de Naciones Unidas (ONU). Alerta envejecimiento de la población [Internet]. Junio 2007. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=9727> Consultado: 20 de noviembre de 2013.

Palloni, A., Pinto, A.G. & Peláez, M. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology*, 31; 762-771.

Perlman, R.M. (1953). The aging syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*; 123-129.

Lobo, A, Santos, M.P., & Carvalho, J. (2007) Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista española de geriatría y gerontología*; 42(1): 22-26.

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1989; 42: 703-709

Schulz, J.H., Borowski, A. y Crown, W.H., (1991). *Economics of population aging*. Nueva York: Auburn House.

Stewart, J.A., (2006). The detrimental effects of allostasis: allostatic load as a measure of cumulative stress. *Journal of Physiological Anthropology*, 25 (1) 133-145.

Treviño, S.S., Pelcastre, V.B., & Márquez-Serrano, M. (2006) Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48 (1).

United Nations. (2003). Long-range population projections. En: *Proceedings of the United Nations technical working group on long-range. Population projections*. Nueva York: UN.

Velarde, J.E., & Ávila, F.C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44; 349-361.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Statistical Annex*. Disponible en: <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden-statistics>.

Wu, A.W., Yasui, Y., Alzola, C., Galanos, A.N., Tsevat, J., & Phillips, R.S. (2000). Predicting functional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48; S6-S15.

Yang Y & George LK. (2005) Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Journal Aging Health*; 17(3):263-92.

Yisel Pinillos-Patiño & Edgar Prieto-Suárez. (2012) Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de salud pública* 14 (3), 438-447.