



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA**

**TÍTULO DE MÉDICO**

**Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en el  
Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor n°1. Loja, 2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTORA:** Ordóñez Paccha, Mayra Beatriz

**DIECTORA:** Rodríguez Quintana, Tamara, Dra.

LOJA- ECUADOR

2019



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

201J

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Doctora.

Tamara Rodríguez Quintana.

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en el Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor n°1. Loja, 2016 realizado por Ordóñez Paccha Mayra Beatriz ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2019

f)-.....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Mayra Beatriz Ordóñez Paccha declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor n°1. Loja, 2016, de la Titulación de Médico, siendo Dra. Támara Rodríguez Quintana directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad””

f) .....

Autor: Mayra Beatriz Ordóñez Paccha

Cédula: 1105163461

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Juan y Luz por enseñarme a luchar por mis sueños y ayudarme a conseguirlos, por estar siempre conmigo, mis hermanos, a mis hermanas, a mi hija Luciana por ser la luz de mis días y a todas las personas que me han acompañado a lo largo de este camino, y por siempre darme una palabra de aliento. Dedico también este trabajo a todo el personal del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1, y al Patronato Municipal de Amparo Social por permitir conocer la realidad del adulto mayor en nuestra ciudad. Finalmente quiero dedicar este trabajo a todos los adultos mayores que me ayudaron a cumplir este objetivo.

Mayra

## **AGRADECIMIENTO**

A todas las personas que facilitaron el desarrollo de esta investigación, especialmente a los adultos mayores y al personal del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N° 1.

A mi tutora Dra. Tamara Rodríguez por su apoyo incondicional, comprensión y sobretodo su paciencia.

A mi familia que siempre ha sido una fuente de amor, sabiduría y entendimiento.

Y a todas las personas que de una u otra manera facilitaron el desarrollo de este trabajo.

Mayra

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Envejecimiento poblacional en Ecuador y el mundo.....	6
1.2 Estado de salud y condiciones geriátricas.....	7
1.3 Valoración nutricional y antropométrica en el adulto mayor.....	17
1.4 Centros geriátricos en Ecuador .....	19
1.5 Maltrato y riesgo social en el adulto mayor.....	20
CAPÍTULO II OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo general .....	26
2.2. Objetivos específicos.....	26
CAPÍTULO III METODOLOGÍA .....	27
3.1. Tipo de estudio.....	28
3.2. Universo .....	28
3.6 Operacionalización de las variables.....	29
<u>3.7. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....</u>	<u>32</u>
<u>3.7.1. Métodos.....</u>	<u>32</u>
<u>3.7.2. Instrumentos:.....</u>	<u>32</u>
<u>3.7.3. Procedimiento .....</u>	<u>32</u>
<u>3.7.4 Plan de tabulación y análisis .....</u>	<u>33</u>
<u>3.7.5. Aspectos éticos: .....</u>	<u>33</u>
CAPÍTULO IV .....	35
RESULTADOS .....	35
CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES.....	47

BIBLIOGRAFÍA:.....	48
ANEXOS.....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según grupos de edad.....	34
Tabla 2: Distribución de adultos mayores según instrucción. ....	34
Tabla 3: Distribución de adultos mayores según tipo de déficit neurosensorial. ....	35
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según pesquizaje de fragilidad. ....	36
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para ABVD. ....	36
Tabla 6. Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para AIVD. ....	37
Tabla 7. Distribución de adultos mayores según déficit cognitivo. ....	37
Tabla 8. Distribución de adultos mayores según depresión .....	39
Tabla 9. Distribución de adultos mayores según valoración nutricional... ..	39
Tabla 10. Distribución de adultos mayores según riesgo de desarrollar úlceras por presión .....	39
Tabla 11. Distribución de adultos mayores según riesgo psicosocial.....	40
Tabla 12. Distribución de adultos mayores según riesgo de maltrato.....	40

## RESUMEN

Para caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que asistieron al Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, se aplicaron la historia geriátrica modelo, así como diferentes escalas y test valoradas por el Ministerio de Salud Pública; los resultados se analizaron en el programa SPSS en su versión 22. Predominaron los adultos mayores de 75 a 84 años con 47.8%, la instrucción básica con 47.8%, el déficit visual con 56.5%, la fragilidad con 60.8%, hubo dependencia severa para las ABVD con 43.5% y para las AIVD con 34.8%, el 69.9% sugiere déficit cognitivo y el 60.6% tiene malnutrición, el 69.6% de la población estudiada no pudo ser evaluada con el test de Yesavage debido al deterioro cognitivo que presentaban, el 79.1% presentó riesgo de desarrollar úlceras por presión, el 86.9% presentó riesgo psicosocial y el 56.5% riesgo de maltrato. El déficit auditivo fue el menos prevalente.

**PALABRAS CLAVES:** adulto mayor, síndromes geriátricos, salud.

## **ABSTRACT**

To characterize the health conditions of the elderly who attended the Senior Care Center No. 1, the model geriatric history was applied as well as different scales and tests assessed by the Ministry of Public Health; The results were analyzed in the SPSS program in its version 22. The adults older than 75 to 84 years predominated with 47.8%, the basic instruction with 47.8%, the visual deficit with 56.5%, the fragility with 60.8%, there was severe dependence for the ABVD with 43.5% and for the IADL with 34.8%, 69.9% suggest cognitive deficit and 60.6% have malnutrition, 69.6% of the population studied could not be evaluated with the Yesavage test due to the cognitive impairment they presented, 79.1% presented a risk of developing ulcers due to pressure, 69.6% presented psychosocial risk and 43.5% risk of abuse. Auditory deficit was the least prevalent.

**KEY WORDS:** older adult, geriatric syndromes, health.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal tiene como objetivo principal caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que asisten al Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1, en el año 2016; en todo el mundo este grupo etario esta creciendo a pasos agigantados, por ende está cobrando importancia política, social y económica; pero el aumento de la población geriátrica trae grandes repercusiones en distintos sectores de la sociedad, especialmente en el área médica (Rodríguez, Fabelo e Iglesias, 2017). El aumento de la población geriátrica es un gran reto para la salud pública, en el mundo los adultos mayores cada vez son más, así mismo aumentan la demanda de cuidados en todas las áreas de la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), en 2015 se calculaban 900 millones de personas mayores de 60 años, para el año 2050 se estima que esta cifra alcance los 2000 millones. Así la población mundial aumenta un 70% mientras la población de los adultos mayores se eleva a 90%. Este aumento de la población adulta mayor está condicionado por indicadores demográficos como; la reducción de las tasas de fecundidad, mortalidad y el incremento de los años en la esperanza de vida, la transición demográfica, que en Latinoamérica y el Caribe tiene un ritmo acelerado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012).

En Ecuador la población adulta mayor se ha elevado considerablemente en los últimos años; en el año 2011 se estimó que la población de adultos mayores era de 1.229.089. De igual manera, la esperanza de vida se incrementó; en 1990 era de 68.3, en 2001 llego a los 73.8, y finalmente en 2015 alcanzó los 75 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). En Ecuador al igual que en muchos países el envejecimiento viene acompañado de varios indicadores demográficos que marcan la transición demográfica, y pronostican a futuro un Ecuador envejecido.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), ha revelado que la provincia de Loja tenía un índice de envejecimiento de 9,1% en el 2010, el cual se incrementaría con el tiempo acompañado de la disminución manifiesta de los grupos de menor edad, ubicándose como la segunda provincia más envejecida del país.

Otro de los efectos del aumento de la población geriátrica es la gran prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como: la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, cáncer, deterioro cognitivo e infecciones, los mismos elevan considerablemente la demanda de asistencia sanitaria (Piñanez & Re, 2015). Por lo que se

necesita de atención priorizada, políticas y programas específicos para hacer frente a este gran reto.

La OMS (2018) en su último informe señaló "las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables del 71% de las muertes que se producen cada año [...], las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes representan el 80% del total de las muertes". La detección, el cribado, el tratamiento oportuno y los cuidados paliativos constituyen los principales componentes de la respuesta de la OMS, quien proyecta reducir un 33% de las muertes en el año 2030.

En consecuencia, a lo antes mencionado se identifica un gran número de adultos mayores tanto en la ciudad como en el país, por lo tanto, considero pertinente estudiar las condiciones de salud en que viven e interactúan en los centros geriátricos de día, se identificará las principales condiciones geriátricas presentes en esta población, así como el estado nutricional para establecer medidas orientadas a ofrecer un envejecimiento saludable, la autonomía e independencia previniendo los síndromes geriátricos, reduciendo así los costos de atención médica, estancia hospitalaria y los cuidados que los adultos mayores requieren en la sociedad en general.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Envejecimiento poblacional en Ecuador y el mundo

Si bien cada día aumenta el número de adultos mayores también disminuyen las tasas de fecundidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) advierte que la transición demográfica ha permitido el incremento en la esperanza de vida, así mismo estima "en 2020 los adultos mayores superen a los niños menores de 5 años, y en el año 2050 la población de adultos mayores llegue a 2000 millones frente a los 841 millones que en la actualidad existen", los indicadores demográficos han cambiado en todo el mundo; la esperanza de vida se ha elevado y han disminuido las tasas de mortalidad y de natalidad.

En la actualidad los mayores de 60 años representan a una de cada diez personas; Alvarado y Salazar (2014), definen el envejecimiento como "un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio ", por otra parte el ritmo en que sucede el envejecimiento varía en las diferentes poblaciones alrededor del mundo.

El envejecimiento poblacional actualmente es uno de los fenómenos más estudiados en todo el mundo, las estadísticas calculan para el año 2050 los adultos mayores representaran aproximadamente 22% de la población mundial. Además, el envejecimiento es una fase global e inevitable que se ha venido incrementado en los últimos años, aumentado la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles consecuentemente elevaran los costos sanitarios y la demanda del servicio de salud (Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes, 2014).

El Censo de Población y Vivienda de 2010, indicó que la población ecuatoriana se aproxima a 16.528.730 millones de personas, alrededor de un millón de personas correspondían adultos mayores, es decir, el 6.9% de la población ecuatoriana tendrían más de 65 años, en la provincia de Loja el índice de envejecimiento es de 9.1%, otros indicadores demográficos como la esperanza de vida la cual aumento a 75 años en 2015, y la tasa de mortalidad que disminuyó a 5.13% en el mismo año; sugieren un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento en el país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014).

Esta misma fuente afirma que en el país los adultos mayores en su mayoría viven en condiciones deficitarias y aproximadamente el 57,4% de este grupo poblacional se encuentra en situaciones de pobreza y extrema pobreza (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014).

En los años venideros Ecuador y el mundo contarán con una gran población geriátrica, por ende, es necesario reforzar diversas áreas del sistema de salud relacionadas con los pacientes geriátricos, especialmente en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles que han aumentado considerablemente en los últimos años seguirán elevando la demanda de atención médica, así como los costos sanitarios.

## **1.2 Estado de salud y condiciones geriátricas**

Es difícil definir la salud en el paciente geriátrico, primero hay que conocer la capacidad funcional, definida como capacidad del adulto mayor para desenvolverse en su medio familiar, social y de poder realizar ciertas actividades básicas de la vida diaria (Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes, 2014).

En el envejecimiento hay alteraciones fisiológicas que repercuten en la capacidad funcional, acortan la reserva fisiológica, dando como resultado la reducción funcional y menor capacidad de reparo, en el sistema cardiovascular disminuye la eficacia de la mecánica y la contractibilidad, los cambios específicos incluyen endurecimiento de la pared arterial, alteraciones en la estructura de la matriz vascular y aumento del tono del músculo liso. Todos estos cambios producen hipertensión sistólica aislada, mientras la función del ventrículo izquierdo aumenta este se hipertrofia, posteriormente baja la actividad de la renina plasmática, y de aldosterona. La disminución de la frecuencia cardíaca y el volumen sistólico, elevan las probabilidades de eventos cardiovasculares (Navarat & Jackson, 2013). Los eventos cardiovasculares son una de las principales causas de muerte.

Por otro lado, el sistema venoso cumple con la función de almacenar el 70% del volumen circulante, con el paso de los años las venas también se endurecen, disminuyendo su distensibilidad, por tanto, los adultos mayores son muy susceptibles a los cambios bruscos de volumen intravascular (Navarat & Jackson, 2013).

Los cambios en el sistema nervioso central incluyen disminución de la densidad neural, en los adultos mayores empieza a generarse una disminución de la sustancia gris, disminuyen los neurotransmisores centrales como; las catecolaminas, serotonina y acetilcolina, y dopamina con efectos importantes en la memoria, humor y función motora. En cuanto al sistema nervioso autónomo está regulado mayoritariamente por el componente simpático, el cual aumenta la resistencia vascular sistémica. Adicionalmente hay pérdida de la capacidad de los receptores del arco aórtico y del seno carotídeo para interpretar las variaciones de tensión

arterial, la combinación de la disfunción autonómica y de los barorreceptores tienen varias repercusiones en la homeostasis hemodinámica; como menor consumo de líquidos, hipotensión postural, que predisponen a síndrome del seno carotídeo y síncope (Navarat & Jackson, 2013).

A nivel renal hay pérdida de masa renal, especialmente de la corteza, disminución de los glomérulos, y esclerosis de los mismos, disminuyendo el filtrado glomerular, se incrementa la permeabilidad de la membrana basal produciendo microalbuminuria y proteinuria, en privación de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica (Navarat & Jackson, 2013). Tanto los cambios de la composición y de la hemodinámica del riñón comprometen su capacidad para responder a la isquemia aguda aumentando probabilidad de lesión renal.

Los cambios en el sistema respiratorio incluyen pérdida del soporte elástico de la vía aérea haciendo posible el colapso de los alvéolos y bronquios terminales con efectos significativos en los volúmenes pulmonares, adicionalmente hay pérdida de la masa muscular y debilitamiento de los músculos y de la mecánica respiratoria, se reduce la superficie alveolar para el cambio gaseoso, y la capacidad de respuesta del sistema nervioso central (Navarat & Jackson, 2013). Todos estos cambios a nivel del sistema respiratorio hacen posible la aparición de enfermedades respiratorias crónicas, responsables de un gran número de muertes en todo el mundo.

El sistema inmunológico se debilita y aumenta la predisposición a las infecciones adicionalmente hay recuperación retardada y menos efectiva, existen cambios en la respuesta inmunológica innata y en la respuesta adquirida; como alteración en la función de los macrófagos, la fagocitosis y la presentación de antígeno. La piel y sus funciones también se ven alteradas por el envejecimiento, con deterioro de la función de barrera, reducción del recambio de células epidérmicas y disminución de los queratinocitos y fibroblastos, así también disminuye la red vascular dando origen a la fibrosis y atrofia cutánea (Navarat & Jackson, 2013). El debilitamiento del sistema inmune se relaciona estrechamente con el desarrollo de lesiones a nivel de piel, así como la tendencia a desarrollar úlceras por presión.

Otro de los sistemas afectados es el musculoesquelético, donde hay pérdida de la fuerza y masa muscular, desde la tercera década de la vida inicia la disminución de masa muscular y la reducción de la superficie de las fibras musculares, produciendo pérdida de su elasticidad. Así mismo después de los 50 años los hombres pierden hueso, 1% anual, mientras que las mujeres pierden del 2 a 3% anual luego de la menopausia, predisponiendo a osteopenia y

osteoporosis aumentando el riesgo de fractura, favorecidos por disminución de la actividad, baja ingesta de calcio en la dieta, falta de estrógenos, aumento de peso y esfuerzos repetidos que contribuyen a elevar la prevalencia de las enfermedades (Navarat & Jackson, 2013).

La salud en el adulto mayor se define como una percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual y la capacidad para realizar las actividades más importantes (Melguizo, López, & Castellano, 2012).

Para caracterizar las diferentes condiciones en que se encuentran los adultos mayores resulta conveniente realizar una valoración integral, aplicando el método clínico con la finalidad de conocer el estado de salud de este grupo vulnerable de la población, es necesario contar con un equipo multidisciplinario e interdisciplinario para poder abarcar las esferas clínica-médica, funcional y psicosocial de los adultos mayores (Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes, 2014), un equipo capacitado para identificar y tratar oportunamente los diferentes síndromes geriátricos, con presentaciones atípicas, dificultando la posibilidad de una intervención oportuna.

Un **síndrome** es la agrupación de signos y síntomas que tienen un origen común o aparecen en combinación para manifestar el cuadro clínico de una enfermedad (González, y otros, 2014). El uso **geriátrico** del término síndrome hace referencia en la génesis multifactorial de una manifestación unificada en el adulto mayor, que bien podría estar relacionada directamente con la inactividad del anciano (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Los síndromes geriátricos afectan entre el 10 y 15% de la población adulta mayor y con frecuencia deben su origen a enfermedades de alta prevalencia, que se presentan de forma atípica y generan incapacidad funcional y social, así como alteraciones en la función visual y auditiva, pudiendo afectar al 90% de los adultos en la vejez avanzada (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Los síndromes geriátricos originados por la alta prevalencia de ciertas enfermedades en el anciano presentan graves repercusiones originando incapacidad funcional o social (Luengo, Maicas, Navarro, & Romero, 2013). Los síndromes geriátricos afectan el estado cognitivo, la memoria, el lenguaje, el estado emocional y son la manifestación de muchas enfermedades, pero también son el inicio de otros problemas que se deben tener en cuenta para prevenirlos y/o poder identificarlos adecuadamente.

Los principales síndromes geriátricos, conocidos como los gigantes de la geriatría incluyen; inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, deterioro cognitivo y demencia, malnutrición, alteraciones de la vista y oído, estreñimiento, impactación fecal, depresión, iatrogenia, impotencia o alteraciones sexuales (Luengo, Maicas, Navarro, & Romero, 2013). En el presente estudio se ha desarrollado una breve revisión de los síndromes geriátricos estudiados.

Uno de los principales síndromes presentes en el paciente anciano es el **deterioro cognitivo**, el cual provoca grave incapacidad aumentando la demanda de los servicios sociales y de salud, acarrea graves consecuencias como el aumento del riesgo de hospitalización y la presentación de peores desenlaces en la salud, eleva la mortalidad durante las estancias hospitalarias; y la duración de cada estancia hospitalaria en comparación a sus pares sanos (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014) (Maia, y otros, 2016).

El deterioro cognitivo pudiera ser considerado como una consecuencia del envejecimiento cerebral, aunque también pudiera indicar los primeros indicios de un proceso neurodegenerativo hacia la demencia (Roqué, Rubin, Bartoloni, & Allegri, 2015). Según Vilchez et al. (2017), el deterioro cognitivo es un predecesor de la demencia, aunque no todos individuos con deterioro cognitivo evolucionaran a demencia. Afecta aproximadamente entre 12 y 18% de las personas mayores de 60 años.

Así el deterioro cognitivo refleja una pérdida o disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades intelectuales superiores como la son: pensamiento abstracto, memoria, orientación, capacidad de juicio y razonamiento, habilidad constructiva, cálculo, habilidad visuoespacial, capacidad de aprendizaje y lenguaje, cuando la pérdida de alguna de las funciones intelectuales interfiere con las actividades normales y las relaciones de una persona, se trata de demencia.

El deterioro cognitivo representa un síndrome con gran heterogeneidad clínica, diagnóstica y pronóstica, la pérdida de memoria es uno de los principales síntomas que puede estar vinculada con demencia como con deterioro cognitivo, por tanto puede estar relacionada con el envejecimiento normal o puede ser un síntoma de deterioro cognitivo leve el cual precede a la enfermedad de Alzheimer (Roqué, Rubin, Bartoloni, & Allegri, 2015).

En el deterioro cognitivo leve las personas se quejan de pérdida de memoria corroborada por un informante, hay deterioro de la memoria u otra de las funciones cognitivas comparándoles con personas de la misma edad y nivel de educación, en ausencia de demencia y conservando las actividades de vida diaria (Roqué, Rubin, Bartoloni, & Allegri, 2015).

En América Latina el porcentaje de demencia alcanza el 7%. (Maia, y otros, 2016); la mayoría de la población con demencia reside en países en vías de desarrollo; diversos estudios han demostrado que el analfabetismo y niveles bajos de educación contribuyen al deterioro cognitivo y la demencia (Nitrini & Brucki, 2012). Ecuador un país en vías de desarrollo cuenta con una gran población analfabeta especialmente en los sectores rurales, por ende, se puede estimar cifras más altas de demencia y deterioro cognitivo en estas áreas.

Es frecuente la disminución de las facultades intelectuales y deterioro en las conductas personales y sociales, presenta un curso progresivo e irreversible y solo en algunos casos puede ser reversible como cuando se trata de una demencia secundaria a una patología de base en donde la disponibilidad e instalación precoz del tratamiento pueden mejorar el cuadro (Nitrini & Brucki, 2012).

La demencia es de aparición lenta e insidiosa, no hay compromiso del estado de conciencia y etiológicamente aparece como una enfermedad que afecta al sistema nervioso central, es más frecuente en los mayores de 65 años y aún más en los adultos mayores de 85 años (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Al hablar de esta condición es indispensable contar con una valoración neuropsicológica, donde es muy frecuente encontrar alteraciones de la memoria, el teste específico para valorar este síndrome geriátrico es minimal test, del cual se hablará más adelante.

La **depresión** es un trastorno del estado de ánimo generalmente melancólico con una duración mayor a dos semanas, se acompaña de síntomas como: tristeza, irritabilidad, anhedonia, disminución de peso, insomnio, hipersomnia, fatiga, alteraciones sexuales, visión negativista, culpa, disminución de la atención, de la concentración, de la memoria, descuido del aseo (Chavarría, 2015). Todo este el conjunto de síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011). La depresión tiene una presentación típica en los adultos jóvenes, no así en los pacientes geriátricos que manifiestan síntomas banales dificultando su atención oportuna.

La depresión afecta a aproximadamente 10% a 70% de los adultos mayores, existen varios factores de riesgo que predisponen su aparición algunos son; dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, soledad, pérdida de roles, bajo apoyo social, inactividad física, dependencia económica, pluripatología, polifarmacia, antecedentes de depresión y falta de pareja afectiva; asociados a los procesos de envejecimiento del cerebro así como a los cambios anatomofuncionales cerebrales, alteración de neurotransmisores influyen en el cambio de humor (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014) (Chavarría, 2015). La depresión ocurre con mayor frecuencia en las mujeres especialmente con un nivel socioeconómico bajo o

medio, y en personas que sufren discapacidades y comorbilidades en comparación con sus pares sanos (Vilchez, y otros, 2017).

La prevalencia de depresión en la población geriátrica no es del todo clara principalmente por su difícil diagnóstico e interpretación clínica, los síntomas somáticos y físicos suelen ser las primeras manifestaciones de este síndrome (Chavarría, 2015). Muchos familiares y los mismos ancianos no reportan los síntomas porque los consideran parte del envejecimiento o lo atribuyen a las diversas patologías que padecen los ancianos.

Según Chavarría (2015), el adulto mayor con depresión puede presentarse como poli-consultante con diferentes síntomas somáticos, dolencias nuevas o exacerbaciones de síntomas gastrointestinales, cardiopulmonares, dolores articulares, deterioro funcional, insomnio, fatiga, alteraciones del apetito. Los pacientes geriátricos deprimidos tienden a consultar frecuentemente y la mayoría de las veces refieren un síntoma nuevo.

La depresión provoca en los adultos mayores incapacidad física, psicológica y social, así como aumento de la mortalidad. Las estadísticas señalan en todo el mundo existen 340 millones de personas con depresión y afecta especialmente a mujeres entre 55 a 80 años y a hombres mayores alrededor de los 80 años (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

La **fragilidad** se caracteriza por la limitación de las reservas fisiológicas y de la resistencia ante situaciones de estrés debido a un desgaste acumulativo de los sistemas fisiológicos; la prevalencia mundial oscila entre 14% y 43% (Iriarte & Araya, 2016).

La fragilidad es considerada un problema de salud pública y conocer la prevalencia en la población adulta mayor resulta muy importante, puede estar asociada a múltiples condiciones geriátricas como sarcopenia, malnutrición, depresión, insomnio, deterioro cognitivo, caídas, fractura de cadera, polifarmacia, déficit visual o auditivo, falta de piezas dentales, colapso del cuidador o maltrato (Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor, 2014).

La fragilidad incluye a los adultos mayores con independencia inestable y con predisposición a perder su funcionalidad, es un indicador del estado de salud y precede a la enfermedad por lo que permite prevenir la discapacidad con una intervención oportuna, es un buen predictor de eventos adversos a la salud a corto, mediano y largo plazo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Los factores fisiológicos que incrementan el riesgo de fragilidad incluyen activación de la inflamación, deterioro del sistema inmunitario, alteraciones musculoesqueléticas y endocrinas. Jauregui y Rubín (2012), estudiaron la fragilidad y han establecido una relación

entre ésta y la inflamación crónica caracterizada por niveles elevados de proteína C, factores relacionado con la coagulación como el dímero D y el factor VIII.

Estudios recientes afirman que la fragilidad aumenta en 2.54% el riesgo de institucionalización y una probabilidad de muerte de 1.63% y 6.03%. Algunos factores de riesgo para fragilidad son; edad avanzada, sexo femenino, mayor prevalencia de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Diversos criterios se han usado para poder evaluar y prevenir la fragilidad, estos parten de la valoración geriátrica integral, como son los criterios de fragilidad según Fried y Watson: el primero es pérdida de peso no intencionada o pérdida de peso de igual o mayor a 5 kilogramos en el último año, debilidad muscular valorada con la pregunta "presenta usted dificultad para sentarse/levantarse de la silla?", baja energía o cansancio autorreferido, lentitud en la movilidad, bajo nivel de actividad física (Molés, y otros, 2016).

La sarcopenia es considerada un sexto criterio en la escala pesquizaje de fragilidad según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008), la sarcopenia se caracteriza por la disminución de masa y fuerza muscular, así como baja funcionalidad, tiene alta prevalencia en las personas mayores, a partir de los 50 años la masa tiende a disminuir a un ritmo de 12 a 15% por década, con marcadas diferencias por genero donde los hombres presentan porcentajes más elevados.

Para valorar la presencia de sarcopenia y las repercusiones que tiene en la capacidad funcional del adulto mayor se utilizan diversas técnicas la exploración de la marcha es uno de los primeros elementos a considerar es fácil y sencillo de aplicar, la persona a evaluarse debe recorrer una distancia entre 4 y 6 metros de distancia, el evaluador debe cuantificar el tiempo empleado para recorrer esta distancia, si el tiempo fue inferior a 15 segundos la persona es totalmente independiente, si el resultado está entre 15 y 20 segundos se considera que el individuo tiene un grado mínimo de fragilidad, y si el tiempo fue mayor a 20 segundos indica fragilidad, con riesgo de caída, riesgo de dependencia y dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Nemerovsky, 2014).

Otro método para complementar la valoración de la sarcopenia es medir la circunferencia medio braquial, si es igual o menor a 21 centímetros y la circunferencia de la pierna es igual o menor a 31 centímetros son positivos ya que indican disminución de la masa muscular.

Un individuo se considera frágil si cumple tres o más criterios, pre-frágil si cumplen con uno o dos criterios de fragilidad y no frágil si hay ausencia de todos los criterios.

Otros términos importantes a tener en cuenta son la funcionalidad y la dependencia; si bien la funcionalidad se define como la capacidad para que un individuo realice sin ayuda las actividades de la vida diaria, la dependencia es definida por la OMS (2015) como “la disminución de la capacidad funcional hasta el punto en una persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana”. La dependencia origina mayor vulnerabilidad, disminuye el bienestar y la calidad de vida (Piñanez & Re, 2015).

En tanto que la dependencia y discapacidad se relacionan más con la función social mientras la enfermedad y la deficiencia se conectan más con la función orgánica de la persona.

La disminución de la capacidad es un proceso continuo y en algunos casos puede ser evitable o reversible, mediante técnicas como; la rehabilitación, la buena alimentación y actividad física (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La dependencia aparece en la vejez como un estado negativo que requiere la transferencia de cuidados y atenciones de los más jóvenes a los adultos mayores. Algunas personas pueden conservar la autonomía a pesar de necesitar ciertos cuidados. Con el transcurso de los años aumenta la necesidad de cuidados, así también se incrementa el número de personas dependientes, pero disminuye la población joven que podría brindar esos cuidados y cambiara el papel de las mujeres, quienes hasta la actualidad han sido las principales proveedoras de los cuidados a los ancianos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OMS (2015) plantea que “los hábitos saludables y el control de los factores de riesgo metabólicos, deben comenzar a una edad temprana y prolongarse por toda la vida”, para reducir la discapacidad y mortalidad en la edad avanzada.

Las úlceras por presión son la complicación más prevenible y tratable que puede aquejar a cualquier paciente con movilidad reducida. La afección de la integridad cutánea y tisular puede presentarse en cualquier ámbito (domiciliario o institucionalizado), está muy relacionado con la seguridad del paciente y los cuidados que recibe (Blanco, López, Quesada, & García, 2015).

Las úlceras por presión pueden agravar la salud del paciente provocando infección local o sistémica, prolongando la estancia hospitalaria, aumentando la dependencia del paciente con sus cuidadores y elevando la carga asistencial e incluso pueden llevar a la muerte (Blanco, López, Quesada, & García, 2015).

Antes de tratar las úlceras por presión, es importante hacer todo lo necesario para evitar su aparición, y de esta manera disminuir el costo del tratamiento, el tiempo que los profesionales de la salud le dedican, el gasto farmacéutico, y las estancias hospitalarias (Moya, Barrero,

Lupiáñez, Morilla, & Núñez, 2017). En la actualidad existen diversas escalas para determinar el riesgo de un paciente para desarrollar úlceras de decúbito.

Las personas que presentan mayor predisposición de presentar úlceras por presión tienen factores de riesgo como; deterioro de la movilidad, déficit nutricional, úlcera por presión activa o previa, con deterioro cognitivo significativo (Moya, Barrero, Lupiáñez, Morilla, & Núñez, 2017). El deterioro de la movilidad es uno de los principales causantes de la aparición de las úlceras de decúbito, por ende, los pacientes inmovilizados requieren un cuidador que los cambie de posición frecuentemente y les ayude a mantener una hidratación adecuada.

Las úlceras por presión se presentan en cuatro diferentes estadios, según el grado de compromiso de tejido, el estadio I es un área circunscrita de piel sana con enrojecimiento que no palidece generalmente en un reborde óseo, estadio II se refiere a una herida con pérdida del espesor de la dermis, aparece como una úlcera con poca profundidad con un lecho rojo-rosado, también puede presentarse como una ampollas con suero. El estadio III se refiere a una herida que afecta todo el espesor de la piel incluso puede verse el tejido celular subcutáneo, pero no el hueso, músculo o tendón. Finalmente el estadio IV la lesión va más allá del tejido celular subcutáneo afectando el hueso, tendón y/o músculo (Araya, 2017). El tratamiento de las úlceras de decúbito es largo y complicado, por tanto, resulta muy importante trabajar en la prevención de estas.

Los cambios oculares también se dan en el envejecimiento, esto produce déficit visual. En los adultos mayores de 65 a 75 años la prevalencia de déficit visual es de 4 a 5%, en personas mayores de 75 años puede alcanzar 20%. En este grupo de edad la ceguera se produce por las opacidades del cristalino (cataratas), y por degeneración macular (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Entre las patologías visuales más importantes que aquejan a los adultos mayores se encuentra la presbicia; una modificación de la visión producida por cambios del poder de acomodación del ojo, por lo que hay dificultad en la visión lejana. La presbicia tiene una elevada prevalencia en las personas mayores a 45 años (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Otra afección frecuente en los adultos mayores son las cataratas, son un proceso crónico, progresivo asociado al envejecimiento. El 20% de las personas de 60 años y más sufren de cataratas, el porcentaje aumenta a 50% en personas de 75 años y más. Los afectados pueden manifestar intolerancia a los destellos, dificultad para observar los contrastes y de la agudeza visual. Algunos factores de riesgo son; deficiencia de vitaminas, tabaquismo, alcoholismo, uso prolongado de corticoesteroides, diabetes y edad avanzada (Aguila, Chérmuly, & Yabar,

2014). Por lo tanto, es necesario educar a la población en general para evitar y/o reducir los factores de riesgo que predisponen a estas afecciones.

Una de las enfermedades oculares que afectan la retina es la degeneración macular, la mácula es fundamental para realizar actividades de la vida diaria como la lectura, conducir o la identificación de las personas. Otras manifestaciones son disminución progresiva de la agudeza visual, discromatopsia, alteración del tamaño y forma de los objetos, pérdida del campo visual central (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Las personas de edad avanzada también pueden padecer glaucoma y el riesgo aumenta si presentan antecedentes familiares de glaucoma. El glaucoma afecta las células y fibras de la retina y del nervio óptico. Característicamente presenta una triada de alteraciones; aumento de la presión intraocular mayor a 21mmHg, concavidad y atrofia de la cabeza del nervio óptico y del campo visual (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014). Las enfermedades oculares presentan signos tempranos que pudieran ayudar a su detección y tratamiento oportunos, control anual disminuiría significativamente la prevalencia e incidencia de estas patologías.

Las alteraciones visuales repercuten especialmente en el equilibrio, aumentando el riesgo de caídas y de fracturas de cadera. Estas personas deberán tener más cuidado en la movilización, para prevenir la discapacidad e inmovilidad.

Paralelamente al déficit visual se encuentra el déficit auditivo el cual afecta a aproximadamente a un tercio de los adultos mayores de 60 años, a dos tercios de los mayores de 70 años y tres cuartas partes de los mayores de 80 años. Frecuentemente hay dificultad para oír frecuencias altas y se conserva la capacidad de oír frecuencias bajas (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014). El adulto escucha, pero no comprende lo que le dicen las personas a su alrededor.

Algunos factores asociados con la pérdida auditiva son hipertensión arterial, diabetes mellitus, deterioro cognitivo, exposición al ruido, uso o exposición a ototóxicos e infecciones óticas (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Respecto de las patologías auditivas presentes en los ancianos algunas de estas son la presbiacusia asociada a la edad avanzada. La presbiacusia generalmente produce pérdida de audición bilateral, la dificultad en la discriminación verbal que consecuentemente conlleva a problemas de integración social (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Los adultos mayores con déficit auditivo suelen manifestar depresión, menor capacidad funcional, menor calidad de vida y más probabilidades de ser institucionalizados (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

El adulto mayor puede presentar hipoacusia por la presencia de un tapón de cerumen, se caracteriza por el endurecimiento del cerumen y puede empeorar la presbiacusia cuando coexisten (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

### **1.3 Valoración nutricional y antropométrica en el adulto mayor**

La OMS (2016), define la nutrición como “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una buena nutrición consta de una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, y es un elemento fundamental de la buena salud”, la universalidad de este concepto hace necesario una intervención oportuna, especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad.

Ritchie y Yukawa (2018), plantean que las necesidades nutricionales del individuo mayor están determinadas por múltiples factores, incluyendo problemas de salud específicos y compromiso orgánico; el nivel de actividad del individuo, el gasto de energía y los requerimientos calóricos; la capacidad de acceder, preparar, ingerir y digerir alimentos; y preferencias personales de comida.

Por otro lado, la malnutrición contribuye al desarrollo de alteraciones del estado inmunitario, complica los procesos infecciosos y patologías presentes, consecuentemente aumenta la morbimortalidad, genera gran coste personal, social y sanitario en la población geriátrica de países en vías de desarrollo y desarrollados (Montejano, y otros, 2014).

La prevalencia de malnutrición en el adulto mayor está relacionada con el nivel de independencia y el sitio donde reside, Montejano et al. (2014) afirmó “el riesgo de malnutrición en pacientes institucionalizados oscila entre 41.2% y 53.4% y la malnutrición entre 13.8% y 50.5%; y aquellos que viven en su domicilio tienen menor prevalencia con 31.9% de riesgo de malnutrición y un 5.8% de malnutrición”.

Los cambios asociados al envejecimiento pueden provocar en los adultos mayores situaciones de riesgo nutricional y dependencia funcional, más aún en los pacientes institucionalizados, elevando el riesgo y afectando la calidad de vida (González L. , 2014).

Los efectos de la malnutrición cobran mayor relevancia en las personas institucionalizadas por su fragilidad y dependencia (González L. , 2014). La calidad de vida y la independencia están relacionadas muy estrechamente con una alimentación saludable, condiciones como la

desnutrición puede elevar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas así como cuadros agudos severos, así mismo la obesidad es también un problema para la salud e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares y procesos degenerativos que representan gran porcentaje de mortalidad en todo el mundo.

En esta etapa de la vida son frecuentes ciertos eventos como la jubilación y viudez con repercusiones psicosociales y afectivas que pueden agravarse y dar lugar a cuadros de depresión y apatía, reflejando desinterés por la alimentación. (González L. , 2014)

Todos los cambios que se producen durante el envejecimiento exponen a los adultos mayores a sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales. Así como los múltiples medicamentos que deben ingerir diariamente. (González L. , 2014).

Por lo antes mencionado una valoración oportuna y adecuada del estado nutricional permite detectar de forma temprana la presencia de malnutrición, favoreciendo el control oportuno de los desequilibrios y mejorando el pronóstico de paciente (García M. , 2014).

La valoración del estado nutricional incluye la antropometría definido como “el conjunto de mediciones técnicas sistematizadas que reflejan la composición corporal, en hombres y mujeres”, (García M. , 2014), por lo tanto es necesario realizar las mediciones del peso en kilogramos (kg) , y la talla en metros (m), en este grupo poblacional es especial, así el IMC se debe considerar con los siguientes valores para clasificar los diferentes grados de nutrición: se considera bajo peso cuando el IMC es menor a 22Kg/m<sup>2</sup>; normal si el IMC resulto entre 22 y 27; sobrepeso si el IMC fue de 27.1 a 30 y obesidad si el IMC es mayor a 30kg/m<sup>2</sup>.

#### **1.4 Centros geriátricos en Ecuador**

Los centros de día brindan atención integral durante un período diurno a las personas mayores en situación de dependencia, con el único objetivo de mantener o recuperar el mejor nivel posible de autonomía personal, apoyando a las familias o cuidadores (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2016).

Los adultos mayores pueden regresar en sus domicilios habituales, este modo no existe una desvinculación total con su ambiente de referencia, su entorno, ya que no se encuentran en situaciones de total dependencia. La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2016), menciona a los centros de día como el eslabón intermedio entre la total independencia del

mayor y la estancia en residencias. Un gran paso para mejorar la calidad de vida, enlentecer síntomas propios de la edad.

Estos centros cuentan con instalaciones dignas, adaptadas a las capacidades de los pacientes geriátricos, tienen un plan de cuidados personalizados, y servicios especializados como la atención médica, de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y psicología (Gómez, 2014).

En Ecuador se han establecido normas y protocolos para garantizar que todos los centros geriátricos brinden una atención integral y de calidad al adulto mayor. Teniendo como único objetivo mejorar la calidad de vida, devolviendo los derechos a las personas adultas mayores, brindándoles atención de calidad, garantizando el goce de su bienestar físico, social y mental (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Los centros gerontológicos deben implementar actividades orientadas a la promoción y prevención en salud, con estándares óptimos de alimentación, higiene, necesidades nutricionales y étnicas. Debe garantizar las condiciones higiénico-sanitarias incluyendo; limpieza y desinfección de los espacios, mobiliario y equipamiento adecuado, manejo adecuado de desechos, abastecimiento de agua potable, control de plagas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Con respecto a talento humano también se hace énfasis, ya que es un problema muy frecuente en los centros geriátricos, estos deben contar con un cuidador con experiencia en la atención de personas adultas mayores, por cada 10 adultos mayores autónomos y 4 dependientes (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Con relación al apartado de ambientes seguros y protectores, se deben considerar las características de los centros los cuales deben constar con espacios que tengan ambientes adecuados para las actividades de atención, recreación, revitalización, integración y socialización de los adultos mayores, debe tener un ambiente de seguridad, calidez, bienestar y ser libre de barreras arquitectónicas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

El Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1, está ubicado en la ciudadela La Paz, sector Norte de la ciudad de Loja, en él se ofrecen diferentes servicios entre los que se encuentran fisioterapia, terapia ocupacional, cuidado diario, alimentación, trabajo social, atención médica y enfermería, psicología. Es un centro de atención diurna.

## 1.5 Maltrato y riesgo social en el adulto mayor

La salud y el bienestar de los adultos mayores se ven influenciados por diversos aspectos y comportamientos; los ancianos que conservan una vida social activa tienden a preservar la salud tanto física como emocional.

Un aspecto muy importante que proporciona mucha información como factor de riesgo social son los factores sociodemográficos, los cuales se entienden como las características sociales de la población de adultos mayores como son la edad, sexo, ingresos económicos, escolaridad, etc. Con relación al estado civil la vida en pareja cobra mucha importancia ya que la vida en pareja les permite conservar lazos fuertes, así como ayuda mutua y mejor estado afectivo (Hernández, Carrasco, Rosel, & Gómez, 2009).

Al comparar los ancianos solteros y viudos con los casados, los casados presentan mayor supervivencia, debido a las relaciones que establecieron durante esta etapa de la vida son trascendentales e irremplazables tanto en lo familiar como de pareja (Hernández, Carrasco, Rosel, & Gómez, 2009).

Por otra parte, el maltrato en los adultos mayores es una verdad a la cual debe enfrentar especialmente los profesionales de la salud, según la OMS (2015) "se estima que aproximadamente del 5 a 6% de los ancianos vive situaciones de violencia doméstica y un 10% violencia institucional de los cuales solo uno de cada cinco casos es conocido".

En Ecuador aproximadamente el 14% de los adultos mayores han sufrido violencia y otro 14% ha sufrido abandono (El Telégrafo, 2017).

Torres y Estrella (2015) recomiendan "los profesionales de la salud deben poseer las competencias necesarias que esta demanda sanitaria requiere, con el objetivo de garantizar el bienestar y calidad de vida de nuestros mayores".

En algunas instituciones al cuidado de personas adultas mayores suelen cometer actos de maltrato como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad, negarles buena asistencia, otorgando medicamentos en cantidades excesivas, incluso lesiones físicas que pueden ir desde rasguños hasta fracturas, aumenta la discapacidad y secuelas como depresión y ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

## 1.6 Escalas de valoración geriátrica

En el paciente geriátrico muchas enfermedades y problemas no son diagnosticados, así como dependencias y disfunciones reversibles, haciendo necesaria una valoración geriátrica integral ya que estos escapan de la valoración clínica tradicional.

Sanjoaquín, Fernández, Mesa y García (2004) definen la valoración geriátrica como "un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en la esferas clínica, mental, funcional y social". Teniendo como único objetivo lograr el mayor grado de independencia y de calidad de vida. Facilitando el abordaje del paciente anciano.

A continuación se desarrolla una breve descripción de las escalas y test aplicados en el presente estudio a los adultos mayores.

El índice de Barthel permite valorar la capacidad de una persona para desarrollar de forma independiente o dependiente diez actividades básicas como: comer, bañarse, moverse de la silla a la cama y volver, desplazarse, realizar el aseo personal, subir y bajar escaleras, vestirse, controlar de esfínteres intestinal y urinario e ir al servicio higiénico (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

El índice de Barthel fue creado con el objetivo de describir, monitorizar, pronosticar y valorar la funcionalidad del paciente geriátrico, tienen alta sensibilidad y es empleado ampliamente en rehabilitación, la única desventaja es que no identifica pequeños deterioros (Lesende, Álvarez, & Gorroñoitía, 2004).

Puntuaciones del índice de Barthel: si la puntuación es menor a 20 puntos indica dependencia total, es dependencia grave con una puntuación de 20-40 puntos, sugiere dependencia moderada con una puntuación de 45-55 puntos, se trata de dependencia leve cuando la puntuación es mayor a 60 puntos a más y cuando se obtiene 100 puntos es independiente (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Esta versión de la escala permite obtener muy buena correlación entre la puntuación obtenida y el tiempo que necesita el adulto mayor ayuda, entonces con una puntuación de 61 aproximadamente necesita dos horas de ayuda diariamente (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2015). Para aplicarlo se verificó las diferentes actividades que podían realizar o no los adultos mayores.

La escala de Lawton y Brody permite evaluar la autonomía física así como las actividades instrumentales de la vida diaria, valora la capacidad de realizar tareas que requieren el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, mediante ocho ítems: cuidar la casa, lavar la ropa, preparar comida, hacer las compras, usar el teléfono, uso de transporte, manejo de dinero e ingesta responsable de medicamentos (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Puntuaciones de la escala de Lawton y Brody; si la puntuación obtenida es de 0-1 punto se trata de dependencia severa, con una puntuación de 2-3 puntos se habla de dependencia grave, con una puntuación de 4 a 5 puntos se trata de dependencia moderada, dependencia ligera con una puntuación de 6-7 puntos y es independencia cuando se obtiene 8 y más puntos (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

Esta prueba tiene como principal inconveniente los aspectos culturales y del entorno, la mayoría de las actividades evaluadas son realizadas especialmente por mujeres aunque se cuenta con una adaptación para los hombres, por otro lado hay ciertas actividades que requieren ser aprendidas, dependen de medio ambiente del individuo, finalmente en el paciente institucionalizado hay limitación impuestas por el entorno social del centro (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014). Al igual que en la escala de Barthel se verifico las actividades podían o no realizar los participantes.

El Mini Mental State Examination (MMSE), es una de las escalas cognitivo-conductuales más usadas en la actualidad si de valorar las funciones cognitivas se trata. El test tiene alta dependencia del lenguaje y consta de varios ítems relacionados con la atención (Revillas, 2014).

En la actualidad, el MMSE es una prueba cognitiva para adultos y personas de edad más utilizada en el mundo. (Mendonça & Gonçalves, 2015). En su versión abreviada consta de 6 ítems que valoran la memoria, la orientación temporal y espacial, capacidad de fijación, atención y cálculo, nominación, repetición y comprensión, lectura y dibujo (Revillas, 2014). La puntuación máxima es 19 y a partir de 13 o menos sugiere déficit cognitivo.

Para aplicarlo en el primer ítem se preguntó al evaluado el mes, día del mes, el año y el día de la semana. En el siguiente ítem se le pidió memorizar y repetir tres palabras (árbol-mesa-avión), se anotó también el número de repeticiones, en el tercer apartado se le mencionó cinco números (uno, tres, cinco, siete y nueve), el adulto mayor debía repetirlos en sentido descendente, en el cuarto ítem se le pidió tomar una hoja con su mano derecha, doblarla por la mitad, y colocarla sobre sus piernas; en el quinto ítem se le pidió nombrar las palabras mencionadas con en el segundo apartado; para finalizar se le pidió imitar una figura geométrica, dos pentágonos cruzados, cada respuesta correcta fue puntuada con un punto.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage es una de las pruebas más utilizadas para el pesquizaje de depresión en pacientes mayores, compuesta en sus inicios por 30 ítems y modificada posteriormente en 1986 a una versión más corta de 15 ítems. Presenta una sensibilidad de 85.3% y una especificidad de 85%. Está conformada por un cuestionario de preguntas con dos posibles respuestas sí o no, cada ítem tiene una puntuación de 1/1, puntuando la coincidencia con el estado que indica depresión, es decir, si la respuesta es afirmativa como síntomas del trastorno depresivo y las negativas para las de normalidad (Aguila, Chérmuly, & Yabar, 2014).

El punto de corte para los síntomas de depresión leve es 6. De 0 a 5 puntos no sugiere depresión, si la puntuación es de 6 a 9 indica probable depresión y si la puntuación es mayor a 10 indica depresión establecida. Se realizó todas las preguntas a individuo evaluado, una vez finalizado se procedió a cuantificar las respuestas positivas para depresión y describir los resultados obtenidos.

La escala de Norton permite valorar el riesgo de úlceras por decúbito, es un cuestionario de 5 ítems que evalúan el estado físico general, estado mental, movilidad, actividad y continencia de esfínteres. Cada uno de los ítems puede tener una puntuación de 1 a 4, la puntuación más baja indica mayor riesgo, mientras más alto es el puntaje menor riesgo de presentar úlceras por presión. Así si la puntuación es igual o mayor a 14 no tienen riesgo y si la puntuación es menor de 14 está en situación de riesgo de desarrollar úlceras por presión (Observatorio de Metodología de Enfermería, 2010).

Fue elaborada en 1998 en Madrid por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), incluye cinco parámetros de la escala inicial y la puntuación de cada uno añadiendo a cada uno de ellos, una definición operativa que eleva su confiabilidad. Pero aún no existen estudios de valides predictiva. Si bien tiene sensibilidad adecuada, no hay datos concluyentes respecto a su especificidad en pacientes críticos (González, Nuñez, Balugo, Navarro, & García, 2008).

La escala de Barber permite valorar la fragilidad y dependencia y clasificar al adulto mayor en riesgo. Es uno de los instrumentos más utilizados en atención primaria. Identifica el riesgo psicosocial en adultos mayores que son vulnerables por sus condiciones médicas (Palafox, 2015).

Los patrones de autopercepción, el rol, las relaciones y el autoconcepto contribuyen a determinar el riesgo en el anciano. La prueba de Barber consta de 9 ítems y si hay una sola respuesta positiva, se considera al adulto mayor en riesgo psicosocial (Palafox, 2015).

El cuestionario para la detección de maltrato consta de varios ítems para indagar si un adulto mayor está siendo víctima de maltrato, físico, psicológico o sexual. Un anciano tiene alto riesgo de maltrato, si al aplicar el cuestionario para la detección de maltrato y se obtiene 1 o más puntos, si el resultado es cero no tiene riesgo de maltrato.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

## **2.1. Objetivo general**

Caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores en el Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1 en la ciudad de Loja durante el año 2016.

## **2.2. Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1.
- Diagnosticar el estado de salud actual de los adultos mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1.
- Identificar los principales riesgos en los adultos mayores del Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1.

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación es de tipo *transversal*, de corte *descriptivo* porque recolecta datos en un momento dado y tiene como propósito describir situaciones y eventos en tiempo único, se utilizaron técnicas cuantitativas para el análisis de los resultados.

### **3.2. Universo**

Se trabajo con el total de adultos mayores N=23, que asistieron al Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor N°1, en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

### 3.6 Operacionalización de las variables:

Variable	Escala	Definición conceptual de la escala	Indicador
<b>Variables sociodemográficas</b>			
<b>Edad</b>	65-74 años 75-84 años 85 o más	Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron los sujetos en tres grupos previamente definidos.	Frecuencia y porcentaje
<b>Sexo</b>	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Frecuencia y porcentaje
<b>Escolaridad</b>	Básica Básica Superior Bachillerato Ninguna	Se consideró la escolaridad teniendo en cuenta la educación terminada, clasificándose los sujetos en 4 categorías previamente definidas. Básica aquellos adultos mayores terminaron el 7 <sup>mo</sup> grado, básica superior los que terminaron el 10 <sup>mo</sup> y bachillerato si terminó el tercer año de bachillerato y ninguna si no recibió estudio alguno.	Frecuencia y porcentaje
<b>Variables Clínicas</b>			
<b>Comorbilidad</b>	Ausencia de morbilidad Comorbilidad baja Comorbilidad alta	Se considera la ausencia de comorbilidad si al aplicar (Índice de Comorbilidad de Charlson) se obtiene una puntuación entre 0 y 1, comorbilidad baja, puntuaciones de 2 y comorbilidad alta 3 puntos	Frecuencia y porcentaje
<b>Déficit neurosensorial auditivo</b>	Presente Ausente	Se considera que está cuando al susurrarle al oído de ambos lados responde y ausente cuando no responde.	Frecuencia y porcentaje
<b>Déficit neurosensorial visual</b>	Presente Ausente	Se considera que está presente el déficit visual si el paciente refiere tener dificultades para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista e incapacidad para leer >20/40 con la cartilla de Snellen con uso de corrección óptica si la usa. Ausente si el paciente niega tener dificultades para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista y puede leer >20/40 con la cartilla de Snellen con uso de corrección óptica si la usa.	Frecuencia y porcentaje

<b>Fragilidad</b>	Fragilidad  Pre frágil	Se considera frágil cuando están presentes 3 o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso no intencionada &gt;5 Kg en el año anterior.</li> <li>- Sarcopenia</li> <li>- Mala fuerza de agarre o debilidad</li> <li>- Mala resistencia, auto reporte de “exhausto”</li> <li>- Lentitud de marcha</li> <li>- Bajo nivel de actividad física</li> </ul> Pre frágil cuando solamente están presentes 1 o 2 criterios	Frecuencia y porcentaje
<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>	Dependencia total Dependencia severa Dependencia moderada Dependencia leve Independencia	Si al aplicar la escala de Barthel se obtiene: Dependencia total: 0-20 Dependencia severa: 21-60 Dependencia moderada: 61 – 90 Dependencia leve: 91 – 99 Independencia: 100	Frecuencia y porcentaje
<b>Actividades instrumentadas de la vida diaria</b>	Dependiente total Dependiente grave Dependiente moderado Dependiente leve Independiente	Si al aplicar la escala de Lawton y Brody se obtiene en: <b>Mujeres:</b> Dependiente total: 0-1 Dependiente grave: 2-3 Dependiente moderado: 4-5 Dependiente Leve: 6-7 Independiente: 8 <b>Hombres:</b> Dependiente total: 0 Dependiente grave:1 Dependiente moderado: 2-3 Dependiente Leve: 4 Independiente: 5	Frecuencia y porcentaje
<b>Deterioro cognitivo</b>	Sugiere déficit cognitivo No sugiere déficit cognitivo	Sugiere déficit cognitivo si al aplicar el Minimental modificado, se obtiene 13 puntos o menos y no sugiere déficit cognitivo cuando el resultado es de 14-19 puntos	Frecuencia y porcentaje

<b>Depresión</b>	Normal Depresión probable Depresión establecida	Se consideró normal si al aplicar el test de Yesavage se obtuvo una puntuación de 0-5; Depresión probable si el resultado del test fue de 6-10 puntos y depresión establecida si alcanzo de 11-15 puntos	Frecuencia y porcentaje
<b>Valoración nutricional antropométrica</b>	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Se consideraron cuatro categorías teniendo en cuenta el Índice de masa corporal: Delgadez cuando el IMC < 18,5; Normal si el IMC resulto entre 18,5 a < 25; Sobrepeso si el IMC fue de 25 a 30 y Obesidad si el IMC fue mayor de 30.	Frecuencia y porcentaje
<b>Principales Riesgos</b>			
<b>Riesgo de desarrollar úlceras por presión</b>	Si No	Se consideró con riesgo de desarrollar úlcera por presión si al aplicar la escala de Norton el resultado fue menor 14 y no tiene riesgo si el resultado fue mayor a 14. No si la escala de Norton obtiene puntuación >14.	Frecuencia y porcentaje
<b>Anciano en riesgo psicosocial</b>	Está en situación de riesgo  No está en situación de riesgo	Se considera que un anciano está en situación de riesgo cuando al aplicar el test de Barber se obtiene 1 o más puntos y sin situación de riesgo cuando es cero el resultado.	Frecuencia y porcentaje
<b>Riesgo de maltrato</b>	Alto riesgo de maltrato No tiene riesgo	Se considera que un anciano tiene alto riesgo de maltrato al aplicar el cuestionario para la detección de maltrato y se obtiene 1 o más puntos, mientras que si el resultado es cero no tiene riesgo.	Frecuencia y porcentaje

### **3.7. Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

#### **3.7.1. Métodos**

Para dar salida al objetivo 1 se procedió a realizar la historia clínica geriátrica en su modelo (057) adicionalmente se realizó la revisión documental de la base de datos que existe en la dirección del centro geriátrico y así obtener los datos sociodemográficos de los adultos mayores.

Para el objetivo 2 y 3, con los datos obtenidos en las historias clínicas (modelo 057) complementado la información al aplicar las escalas utilizadas por el Ministerio de Salud Pública para la identificación de diferentes condiciones geriátricas.

#### **3.7.2. Instrumentos**

Para llevar a cabo esta investigación se emplearon diferentes escalas, cuestionarios e índices de valoración geriátrica como; el tamizaje rápido (Anexo 4), el pesquizaje de fragilidad (Anexo 5), el índice de Lawton y Brody (Anexo 6), el índice de Barthel (Anexo 7), para la valoración cognitiva se utilizó el minimental test modificado (Anexo 8), la escala de Yesavage modificada (Anexo 9) para la detección de depresión, el cuestionario de Barber (Anexo 10) para identificar al anciano en riesgo, cuestionario para la detección del maltrato (Anexo 11), y la escala de Norton (Anexo 12) para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión.

#### **3.7.3. Procedimiento**

El estudio forma parte de una investigación desarrollada en tres centros de atención a adultos mayores en la ciudad de Loja, primero este debió ser aprobado como anteproyecto por el director del área, luego se solicitó la evaluación del Protocolo por el comité de ética de investigación en Seres Humanos (CEISH – UTPL); una vez aprobado por el CEISH-UTPL (Anexo 1) se solicitó autorización a la presidenta del Patronato Municipal de Amparo Social ya que el centro donde se desarrolló el estudio pertenece a dicha institución (Anexo 3).

En primera instancia se realizó la historia clínica geriátrica (modelo 057) del Ministerio de Salud Pública a cada adulto mayor, en el caso de las personas con deterioro cognitivo se preguntó a los cuidadores o se completó la información revisando las historias clínicas del centro geriátrico.

Para obtener la valoración nutricional en primer lugar se calibró la balanza de modo que el brazo estuviera en el punto medio cuando la balanza este en el valor de cero. Los adultos mayores fueron pesados descalzos, con vestimenta, cuyo valor se descontó del peso total. Al pesar a adulto se aseguró que estuviese quieto, tranquilo y sin apoyarse en ninguna superficie. En el punto de equilibrio entre el peso del individuo y la marca de la balanza se dio lectura y registro el peso, una vez anotado se procedió a cuantificar la talla con ayuda de una regla, se guio desde el punto más alto de la cabeza del adulto hasta el tallímetro; asegurándose que el anciano mantenga erguido su cuerpo y sus pies descalzos y juntos.

Posteriormente se procedió a realizar los cálculos del índice de masa corporal y poder determinar el estado nutricional de los residentes del centro.

Cada una de las escalas fue realizada en el departamento médico del centro, un espacio sin ruido, ni distractores la autora convocó a cada adulto mayor y procedió a realizar cada una de las escalas de valoración geriátrica, generalmente en un horario de media mañana sin interferir con la hora de la alimentación.

#### **3.7.4. Plan de tabulación y análisis**

El procesamiento de los datos se realizó mediante el STADISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCIE (SPSS v. 22 para Windows).

Las medidas de resumen que se empearon para la interpretación de los resultados fueron frecuencias absolutas y porcentajes, agrupándose los resultados en tablas de distribución de frecuencias para su mejor análisis.

#### **3.7.5. Aspectos éticos**

Después de obtener la autorización por parte de la máxima autoridad del Patronato Municipal, se solicitó el consentimiento informado de los adultos mayores o sus

representantes legales (Anexo 3)., donde se les explicó los objetivos del estudio y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de la información que ellos aporten y el derecho de retirarse del estudio si así lo desean, sin que esta decisión repercutiera en su atención médica posterior.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos mediante la aplicación de los diferentes instrumentos como lo fueron las escalas, test e índices a los adultos mayores.

**Tabla 1: Distribución de adultos mayores según grupos de edad.**

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
65-74 años	2	8.7
75-84 años	11	47.8
85 y más años	10	43.5
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Entre las características sociodemográficas estudiadas estuvo la edad. Los adultos mayores con edades comprendidas entre 75 a 84 años representaron el 47.8% siendo la edad predominante, seguida de los que tenían 85 y más años con el 43.5%.

Otras de las variables en esta categoría fue el sexo, obteniéndose el 69.6% correspondiente al sexo femenino y el 30.4% al masculino.

**Tabla 2: Distribución de adultos mayores según la instrucción.**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básico	11	47.8
Bachillerato	6	26.1
Superior	6	26.1
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Respecto a la instrucción Tabla 2, el 47.8% de la población tenía instrucción básica, mientras los adultos mayores que habían alcanzado el bachillerato y el nivel superior fueron representados con 26.1% respectivamente.

**Tabla 3: Adultos mayores según tipo de déficit neurosensorial.**

Déficit neurosensorial	Visual		Auditivo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje

Presente	13	56.5	11	47.8
Ausente	10	43.5	12	52.2
Total	23	100.0	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

El déficit visual estuvo presente en el 56.5% de los sujetos estudiados y el déficit auditivo en el 47.8%.

**Tabla 4: Distribución de adultos mayores según pesquizaje de fragilidad.**

Pesquizaje de fragilidad	Frecuencia	Porcentaje
Pre-frágil	9	39.2
Frágil	14	60.8
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Respecto al pesquizaje de fragilidad en el grupo de estudio Tabla 5, predominaron los adultos mayores frágiles con un 60.8% frente a un 39.2% que presentan pre-fragilidad.

**Tabla 5: Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para ABVD.**

Capacidad funcional para ABVD	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	5	21.7
Dependencia leve	2	8.7
Dependencia moderada	6	26.1
Dependencia severa	10	43.5
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

En cuanto a la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, se evidenció en la población objeto de investigación la predominancia de dependencia severa con el 43.5%, seguido de dependencia moderada con un 26.1%, mientras el 8.7% corresponde a dependencia leve, cabe señalar que sólo un 21.7% fue independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

**Tabla 6: Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para las AIVD.**

Capacidad funcional para las AIVD	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	3	13.0
Dependencia leve	2	8.7
Dependencia moderada	7	30.4
Dependencia grave	3	13.0
Dependencia severa	8	34.8
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Al valorar la capacidad funcional para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), predominaron los sujetos con dependencia severa representando el 34.8%, seguido del 30.4% correspondiente a dependencia moderada y por último dependencia grave con un 13.0%.

¶

**Tabla 7: Distribución de adultos mayores según déficit cognitivo.**

Déficit cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
No sugiere déficit cognitivo	7	30.4
Sugiere déficit cognitivo	16	69.6
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Otra variable estudiada fue el déficit cognitivo, como se observa en la tabla 8 predominaron los adultos mayores en la categoría sugiere déficit cognitivo representando el 69.6%. El 30.4% de la población no sugiere déficit cognitivo.

**Tabla 8: Distribución de adultos mayores según test de Yesavage.**

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	3	13.0
Depresión probable	2	8.7
Depresión establecida	2	8.7
No valorable	16	69.6

Total	23	100.0
-------	----	-------

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

En la población estudiada el 69.6% no fue evaluable porque presentaban deterioro cognitivo marcado que nos les permitió responder con precisión. El 17.4% de la población presentó diferentes estados de depresión. En un 13.0% de los adultos mayores hubo ausencia de depresión.

**Tabla 9: Distribución de adultos mayores según valoración nutricional.**

Valoración nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	4	17.4
Normal	9	39.1
Sobrepeso	7	30.4
Obesidad	3	13.0
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

En el análisis de valoración nutricional tabla 10, el 39.1% corresponde a los adultos mayores que tienen una valoración nutricional normal, el 60.9% tuvo malnutrición, siendo por exceso el 43.4%, finalmente el 17.4% corresponde a bajo peso.

**Tabla 10: Distribución de adultos mayores según riesgo de desarrollar úlceras por presión.**

Riesgo de desarrollar úlceras por presión	Frecuencia	Porcentaje
No tiene riesgo	6	26.1
Si tiene riesgo	17	79.1
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

En la tabla 11 se observa que el 79.1% de la población estudiada presenta riesgo para desarrollar úlceras por presión, seguido del 26.1% correspondiente a no tiene riesgo.

**Tabla 11: Distribución de adultos mayores según riesgo psicosocial**

Riesgo psicosocial	Frecuencia	Porcentaje
No tiene riesgo	3	13.1
Está en situación de riesgo	20	86.9
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

Respecto al test de Barber el predominio está en la categoría está en situación de riesgo psicosocial con 86.9%, finalmente un 13.1% de la categoría no tiene riesgo psicosocial.

**Tabla 12: Distribución de adultos mayores según riesgo de maltrato.**

Riesgo de Maltrato	Frecuencia	Porcentaje
No tiene riesgo	10	43.5
Alto riesgo	13	56.5
Total	23	100.0

**Fuente:** Centro de Atención al Adulto Mayor N°1, 2016.

**Elaboración:** Autora.

El 43.5% de los individuos estudiados no presentaban riesgo de maltrato, un 56.5% presento alto riesgo de maltrato.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN**

Uno de los datos sociodemográficos estudiados fue la edad, los adultos mayores con edades entre 75 a 84 años representaron el 47.8%, lo cual difiere con lo informado por el INEC (2014) donde el grupo de edad prevalente en el país en 2016 fue de 65 a 69 años, esto probablemente sea porque los familiares de los adultos mayores tienden a ingresarlos a un centro de día cuando estos requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, otra razón pudiera ser que los familiares requieren ir a sus trabajo y el anciano se queda en casa solo durante ese horario.

Respecto a la instrucción el 47.8% de la población tenía instrucción básica. Así mismo la Agenda de Igualdad para los Adultos Mayores, informó que en Ecuador la instrucción básica alcanza el 54.1%, similar a lo obtenido en la presente investigación (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

El déficit neurosensorial visual estuvo presente en el 43.5%, estos resultados difieren con los reportados por Freire (2010) en la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en el 2009-2010 en Ecuador, donde predominaron los adultos mayores con buena calidad de la visión y con los obtenidos por Rodríguez (2012), donde el porcentaje de adultos mayores con discapacidad visual resultó ser del 34.8%. Los resultados obtenidos exigen mayor cuidado a estas personas por las consecuencias que puede tener en su calidad de vida, como lo reconoce Quintero y otros (2014), en una investigación desarrollada en la Habana.

Herreros et al. (2012) afirman que la deficiencia visual se incrementa con la edad, en las personas de 65-69 años puede afectar al 1%, pudiendo alcanzar el 17% en adultos mayores a 80 años.

El 52% no tuvo alteración auditiva, el otro 48% si lo tuvo, es una cifra muy importante que se asemeja con los reportado en el estudio SABE 2009-2010 donde prevalecieron los sujetos con una audición catalogada como excelente, muy buena y buena (Freire, 2010). Autores como Arnau et al. (2012) han constatado que el deterioro auditivo es la tercera causa de discapacidad, estas alteraciones junto con las visuales tienen una estrecha relación con la dependencia para las AIVD.

Un tercio de la población adulta mayor padece algún grado de alteración en el sentido de la audición, adquiriendo gran importancia ya que conlleva a la aparición de aislamiento,

deterioro en la calidad de vida, sentimiento de inseguridad, depresión y riesgo de accidentes. (Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas, & Martínez, 2015).

Respecto a fragilidad, predominaron los adultos mayores frágiles con un 60.8%, este resultado se corresponde por lo planteado por Martín y otros (2012) donde la prevalencia de fragilidad puede ser del 5% hasta el 59%.

Según Reis (2014), la fragilidad tiene varios factores asociados que permiten su progresión, como el índice de masa corporal bajo, género femenino y la edad.

En cuanto a la capacidad funcional para las ABVD, predominó dependencia severa con el 43.5%. Zavala y Domínguez (2011) estudiaron las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores en la ciudad de México y concluyeron que el mayor porcentaje de la población tenía algún grado de dependencia para las ABVD. Resultados opuestos encontraron Amaris, Villarreal y Arrieta (2012) estableciendo la dependencia leve como la más prevalente en la población geriátrica colombiana. Sin embargo en 2015 se llevó a cabo otro estudio de las ABVD en pacientes geriátricos donde prevaleció la dependencia severa (García, 2015).

Al valorar la capacidad funcional para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), predominaron los sujetos con dependencia severa representando el 34.8%, se puede concluir que de manera general los sujetos con dependencia para las AIBD predominaron en la población en estudio, similar a los resultados obtenidos en Quito en 2014 (García, 2014); y contrastando con Lesende y Rodríguez (2005) donde el 72,4% es independiente o sólo muestra escasa dependencia en el índice de Barthel (> 90 puntos); mientras que el 11,8% de los evaluados tiene una dependencia total o severa (0-60 puntos). (Lesende & Rodríguez, 2005)

Otra variable estudiada fue el déficit cognitivo donde predominaron los adultos mayores en la categoría sugiere déficit cognitivo, representando el 69.6% de la población.

Sin embargo, el estudio SABE, encontró que en la población mayor de 65 años en la región urbana de la sierra solo el 17.9% presentaba deterioro cognitivo en ese momento y a nivel del país los afectados por esta condición representaban el 21.3% (Freire, 2010).

Los resultados obtenidos por Camargo y Laguado (2017), en adultos mayores institucionalizados en Colombia coinciden con los de la presente investigación. A

diferencia de otro estudio colombiano donde la incidencia de deterioro cognitivo en la población geriátrica fue escasa, pero a vez afirmaron que a mayor edad mayor deterioro cognitivo (Amaris, Villarreal, & Arrieta, 2012).

El hecho de que sea tan frecuente en adultos mayores el deterioro cognitivo debe servir para reflexionar sobre qué estrategias se deben realizar desde edades tempranas de la vida con el objetivo de prevenir esta condición geriátrica. Algunos autores han establecido que el estado cognitivo se conserva de mejor manera en personas adultas mayores, las cuales gozan de una alta calidad de vida relacionada con la salud (Kaori, Kazutoshi, Kimiko, & N., 2016).

Con relación a la prueba de Yesavage para la depresión en la población estudiada el 69.6% no pudo ser valorada por presentar deterioro cognitivo, el 13.4% tuvo ausencia de depresión, pero el 17.4% refieren posibles estados de depresión. Un estudio realizado en los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil obtuvo resultados muy diferentes, más del 70% de la población estudiada no presentaba manifestaciones depresivas, la población contaba con aceptable situación social, su calidad de vida es buena y su esperanza de vida puede aumentar (Reyes, Cabrera, & Alvarado, 2017).

Resultados distintos se encontraron en un estudio realizado en México con personas mayores de 60 años, donde se observó que el grupo de 60-69 años presentaba el porcentaje más elevado de depresión (58.8%) aplicando la escala de Yesavage, seguido del grupo de adultos mayores de 90 años con 50% (Flores, Ramírez, & Trejo, 2016).

En el análisis de valoración nutricional el mayor porcentaje 60.9% corresponde a los adultos mayores con malnutrición, un estudio desarrollado en Shanghai concluyó que un IMC bajo o muy alto es un factor de riesgo para discapacidad, más aún si los ancianos presentan otras enfermedades crónicas como hipertensión y obesidad elevando el riesgo de discapacidad en las ABVD. Mientras el IMC bajo se asocia con discapacidad en las AIVD (Su, y otros, 2017)

Ming et al. determinaron que las mujeres ancianas con IMC bajo u obesidad presentan con mayor frecuencia discapacidad tanto para las ABVD como para las AIVD (Ming, y otros, 2014). También se ha señalado que las personas mayores con peso corporal más alto de lo normal presentan más posibilidades de presentar discapacidad funcional especialmente si son mayores de 90 años (Yang, Jiang, Li, Wu, & Dong, 2015).

Otra variable estudiada fue el riesgo que presentan los adultos mayores para desarrollar úlceras por presión donde el 79.1% de la población estudiada presentó riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Murphree (2017) señaló que las alteraciones de la integridad de la piel aumentan las posibilidades de infección, alteraciones de la movilidad o amputación de una o varias partes del cuerpo incluso puede producir la muerte. Por ende, los adultos mayores deben contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario para prevenir y tratar oportunamente las úlceras por presión.

Moon y Lee (2017) determinaron algunos factores como la estancia hospitalaria prolongada, la presencia de vendajes en heridas infectadas, así como las lesiones de cadera y muslo son factores que aumentan considerablemente la frecuencia de aparición de las úlceras por presión.

Respecto al test de Barber el predominó la categoría está en situación de riesgo psicosocial con 86.9% y un 13.1% se encuentra en la categoría no tiene riesgo; estos resultados son similares a los obtenidos por Lesende y Rodríguez (2005) cuyos resultados fueron que el 62.9% del total presentaba riesgo psicosocial aplicando el cuestionario de Barber.

De acuerdo con el cuestionario para la detección de riesgo de maltrato el 43.5% de los individuos estudiados no presentaban riesgo de maltrato, un 56.5% presento alto riesgo de maltrato.

Según la OMS (2017) los ancianos que asisten a un centro geriátrico pueden tener tasas de maltrato más altas, mientras aumenten las tasas de envejecimiento este problema también se acrecentara. En muchos centros de atención geriátrica los adultos mayores son víctimas de actos abusivos, así mismo se les arrebató la independencia al tomar decisiones por ellos, en cuanto a salud no cuentan con adecuada administración de fármacos, negándoles atención de calidad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

## CONCLUSIONES

1. Fueron predominantes los sujetos de 75 años y más, el sexo femenino y los que tenían instrucción básica.
2. Prevalcieron los adultos mayores que presentaban déficit neurosensorial visual, fragilidad, y dependencia severa para las AVD. El mayor porcentaje sugirió déficit cognitivo, así mismo fueron mayoritarios los individuos con malnutrición especialmente por exceso.
3. En la población estudiada predominaron los individuos con riesgo de desarrollar úlceras por presión, riesgo psicosocial y los que presentaban riesgo de maltrato.

## RECOMENDACIONES

Es vital que los centros de día cuenten con un equipo multidisciplinario para el mejor manejo de las diferentes condiciones presentes en los adultos mayores, así mismo es importante que la familia de cada adulto mayor se integre a los cuidados y terapias orientadas a mejorar la calidad de vida de adulto mayor.

La población de este estudio es muy pequeña para poder hacer una conclusión, por tanto, estudios similares se podrían aplicar en una población más numerosa, y/o en centros con pacientes que tengan mayor estancia.

Para poder establecer una verdadera valoración nutricional de la población geriátrica en la ciudad y el país, sería muy efectivo realizar un diagnóstico nutricional completo.

La población anciana crece a pasos agigantados, sería oportuno que las autoridades de la ciudad y el país desarrollen más centros de atención al adulto mayor, centros con la capacidad de ofrecer servicios idóneos para este grupo etario.

De igual manera deberían implementar campañas de promoción de envejecimiento activo, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, enseñar a la población general medidas de alimentación saludable y actividad física en las diferentes etapas de la vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguila, C., Chérmuly, L., & Yabar, P. (2014). *Úlceras por presión en el adulto mayor*. Recuperado el 30 de Agosto de 2017, de Repositorio de UNAPIQUITOS: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3544/Carlos\\_Tesis\\_Titulo\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3544/Carlos_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Úlceras por presión*, 57-62.
- Amaris, G., Villarreal, E., & Arrieta, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Úlceras por presión*, 75-87.
- Araya, L. (2017). *Úlceras por presión: Prevención y tratamiento*. Estados Unidos.
- Blanco, R., López, E., Quesada, C., & García, M. (27 de Febrero de 2015). Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos. *Úlceras por presión*. Eusko Jaurlaritza.
- Cervantes, R., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E., & Martínez, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Úlceras por presión*, 329-335.
- Chavarría, J. (2015). Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Úlceras por presión*, 427-429.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2012). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito
- Córdova, J. (2014). *Obtenido de Geriatricarea.com: <http://geriatricarea.com/depression-y-deterioro-cognitivo-un-problema-frecuente-en-los-mayores-institucionalizados/>*
- Dong, X. (2017). The Association Between Physical Function and Elder Mistreatment Among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area. *Úlceras por presión*, 90-94.
- El Telégrafo. (15 de Junio de 2017). El abandono afecta al 14% de adultos mayores. *Úlceras por presión*.
- Flores, L., Ramírez, F., & Trejo, J. (2016). Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Úlceras por presión*, 439-443.











## **ANEXOS**



**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS (CEISH)  
ACTA DE RESOLUCIÓN # 6**

**1. Información general**

Fecha:	Viernes 24 de junio del 2016
Hora de inicio:	16h00
Hora de fin:	18h00
Lugar de reunión:	Sala de reuniones de Área Biológica – UTP

**2. Datos del protocolo de investigación**

**2.1. Nombre del protocolo de investigación:**  
Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en los centros geriátricos "Patronato Municipal", "Daniel Álvarez" y "San José" en la ciudad de Loja en el año 2016.

**2.2. Objetivo general**  
Caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que residen en los centros geriátricos "Patronato Municipal", "Daniel Álvarez" y "San José" en la ciudad de Loja en el año 2016.

**2.3. Identificación del responsable/s de la investigación:**

Nombre del patrocinador	Cargo/Afiliación	Teléfonos fijo / móvil	Correo electrónico
Afiliación de Medicina - UTP		3701444	
Nombre de investigador principal	Cargo / Afiliación	Teléfono	Correo electrónico
Isimara Rodríguez Quintana		3701444/0996 / 218372	irodriguez3@utpl.edu.ec

**2.4. Tipo de procedimiento a desarrollar** (marque la opción correspondiente)

Intervención en seres humanos	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilización de muestras biológicas de origen humano	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilización de datos de carácter personal	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>
Utilización de imágenes adquiridas por medio de resonancia magnética nuclear.	<input type="checkbox"/>

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO  
(PARA VOLUNTARIOS)**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Invitación a participar.**

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, o no, en una investigación médica.

Este proyecto tiene por objeto mejorar las condiciones de salud adultos mayores, mediante la ejecución de actividades de diagnóstico a través de la historia clínica para adultos mayores y la realización de exámenes de laboratorios, promoción de salud, educación para la salud y prevención de la enfermedad, y así garantizar su cuidado y propiciar adecuadas condiciones higiénicas y sanitarias. Esto potencialmente ayudará a mejorar el diagnóstico de algunas enfermedades, planificación de tratamientos e intervenciones.

Los exámenes de laboratorios que se realizarán serán: Perfil Renal, glucosa, colesterol, triglicéridos y Hemoglobina Glicosilada, estos exámenes son seguros, solo se requiere obtener una muestra de sangre a través de una punción venosa, con un mínimo de dolor por personal capacitado y entrenado para ello y con todas las condiciones de bioseguridad requeridas, usted no estará expuesto a riesgos para su salud. Su decisión de participar es absolutamente voluntaria.

**¿Quiénes participarán en el estudio?**

En este estudio participan personas adultas mayores, hombres y mujeres, que se encuentren asistiendo a los centros geriátricos del Patronato de Amparo Social Municipal, así como a los centros particulares “Daniel Álvarez” y “San José”, en la ciudad de Loja-Ecuador.

Estos exámenes de laboratorios no tienen contraindicación médica.

Antes de aceptar participar en este estudio, por favor lea y firme el presente documento de consentimiento donde se describe el presente estudio.

**Procedimientos del estudio.**

Si usted acepta participar o siendo usted representante de un adulto mayor acepta que su familiar participe en el estudio, se le realizará una toma de muestra de sangre en ayunas. La extracción de la muestra durará aproximadamente 10 minutos. Los exámenes serán realizados en las dependencias del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la Unidad de Medicina Familiar, ubicado en la calle Paris y Zoilo Rodríguez.

En este proyecto **NO** se usarán medios de contraste.

Autorización del Patronato Municipal de Amparo Social

  
Oficio N° 077 CIM - UTP  
Loja, 28 de septiembre de 2016

*La Guayaquil, 28 de septiembre de 2016.  
Muy Honorable Directora:  
Esta autorizando para que  
desarrolle el trabajo de fin de  
titulación en el Centro Municipal de  
Atención al Adulto Mayor N° 1.*

  
**Ab. Tania García Córdova**  
**DIRECTORA DEL PATRONATO MUNICIPAL DE AMPARO SOCIAL-LOJA**

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y mi deseo de éxito en sus funciones.  
Me permito agradecerle por su valiosa colaboración en la formación académica  
de los estudiantes de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular  
de Loja.

A la vez solicítale de la manera más comedida autorice a quien correspondo  
para que se brinde el acceso al Departamento de Estadística a la estudiante:  
Mayra Beatriz Ordóñez Pachca, CI: 11045163461 con el fin de que pueda realizar  
la recolección de datos y desarrollar el trabajo de fin de Titulación que fue  
aprobada. El tema de tesis es el siguiente: **CARACTERIZACIÓN DE LAS  
CONDICIONES DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO MUNICIPAL DE  
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR N° 1, EN LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2016.**

En agradecimiento a su gentil atención, me suscribo de usted, reiterándole mis  
sentimientos de consideración y estima.

  
Atentamente,  
**Dr. Victor Hugo Vaca Merino**  
**COORDINADOR DE LA TITULACIÓN  
DE MEDICINA DE LA UTP.**



San Cayetano Año 28  
Loja-Ecuador  
Telf.: (088) 75 2 701 444 - ext. 3060  
info@vaca@utpl.edu.ec  
Apartado Postal: 11-01-606  
www.utpl.edu.ec

  
3980362779  
Mayra Ordóñez

## Tamizaje Rápido de las condiciones geriátricas

PROBLEMA Y ACCIÓN	PROBLEMA PRESENTE	PROBLEMA AUSENTE
<b>VISIÓN</b> Dos acciones: 1.- Pregunte: ¿tiene usted dificultades para ver la televisión, leer o ejecutar actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2.- En caso afirmativo, evalúe con la cartilla de Snellen con el uso de corrección óptica si la tiene	<b>Respuesta afirmativa</b> e incapacidad para leer > 20/40 en la cartilla de Snellen	<b>Respuesta negativa</b> y puede leer > 20/40 en la cartilla de Snellen
<b>AUDICIÓN</b> Susurre al oído ¿me escucha usted?, de ambos lados	<b>No responde</b>	<b>Si responde</b>
<b>MOVILIDAD DE PIERNAS</b> Tome el tiempo luego de pedir al sujeto "levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse"	<b>Incapaz</b> de completar la tarea en 15 segundos o menos	<b>Capaz</b> de completar la tarea en 15 segundos o menos
<b>INCONTINENCIA URINARIA</b> Dos partes: 1.- Pregunte: ¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente la orina? 2.- De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente la orina en al menos 6 días diferentes?	<b>Respuesta afirmativa</b> a las dos preguntas	<b>Respuesta negativa</b> a las dos preguntas
<b>NUTRICIÓN</b> Dos partes: 1.- Pregunte: ¿ha perdido peso involuntariamente 4.5kg o 10lb en los últimos 6 meses? 2.- Pese al paciente	<b>Respuesta afirmativa</b> o peso menor de 45.5 kg	<b>Respuesta negativa</b> o peso mayor de 45.5 kg
<b>MEMORIA</b> Mencione 3 objetos: árbol, perro, avión. Al cabo de un minuto pídale que recuerde los tres objetos mencionados	<b>Incapaz</b> de recordar los tres objetos	<b>Capaz</b> de recordar los tres objetos
<b>DEPRESIÓN</b> Pregunte: ¿se siente usted triste o deprimido?	<b>Respuesta afirmativa</b>	<b>Respuesta negativa</b>
<b>INCAPACIDAD FÍSICA</b> Seis preguntas es usted capaz de: 1.- ¿Ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2.- ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos, paredes? 3.- ¿Salir comprar? 4.- ¿Ir a lugares en donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5.- ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6.- ¿Vestirse sin ayuda?	<b>Respuesta negativa a cualquiera</b> de las respuestas	<b>Respuesta positiva a todas</b> las respuestas

## Pesquizaje de fragilidad

- Pérdida de peso no intencionada > 5kg en el año anterior
- Sarcopenia (circunferencia medio braquial de 21 cm o menos, circunferencia de pierna de 31 cm o menos)
- Mala fuerza de agarre o debilidad
- Mala resistencia, auto reporte de “exhausto”
- Lentitud de marcha
- Bajo nivel de actividad física

### Interpretación

**3 o más criterios: positivo para fragilidad**

**1 o 2 criterios: pre-frágil**

ÍNDICE DE LAWTON & BRODY (actividades instrumentales de la vida diaria)	H	M
<b>1 Teléfono</b>		
- Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
- Sabe marcar números conocidos	1	1
- Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
- No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
<b>2 Compras</b>		
- Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
- Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
- Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
- Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
<b>3 Preparación de la comida</b>		
- Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	-	1
- Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	-	0
- Prepara caliente y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
- Necesita que le preparen y le sirvan la comida	-	0
<b>4 Tareas domésticas</b>		
- Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	-	1
- Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	-	1
- Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	-	1
- Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	-	1
- No participa ni hace ninguna tarea	-	0
<b>5 Lavar la ropa</b>		
- Lava sola toda la ropa	-	1
- Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	-	1
- La ropa la tiene que lavar otra persona	-	0
<b>6 Transporte</b>		
- Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
- Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
- Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
- Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
- No viaja en absoluto	0	0
<b>7 Responsabilidad respecto a la medicación</b>		
- Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
	0	0
- Toma la medicación sólo si le preparan previamente	0	0
- No es capaz de tomar la medicación solo/a		
<b>8 Capacidad de utilizar el dinero</b>		
	1	1
- Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
- Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	0	0
- Incapaz de utilizar el dinero		

<b>ÍNDICE DE BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)</b>	<b>Puntaje</b>
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Incapaz	0
Necesita ayuda o requiere dieta modificada	5
Independiente	10
<b>BAÑARSE</b>	
Dependiente	0
Independiente	5
<b>CUIDADOS PERSONALES</b>	
Necesita ayuda	0
Independiente	5
<b>VESTIRSE</b>	
Dependiente	0
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad solo	5
Independiente	10
<b>CONTINENCIA DIGESTIVA</b>	
Incontinencia completa	0
Incontinencia ocasional	5
Continente	10
<b>CONTINENCIA URINARIA</b>	
Incontinencia completa	0
Incontinencia ocasional	5
Continente	10
<b>USO DE BAÑO</b>	
Dependiente	0
Necesita algo de ayuda	5
Independiente	10
<b>MOVIMIENTO ENTRE SILLA DE RUEDAS Y CAMA</b>	
Incapaz, falta de equilibrio para sentarse	0
Ayuda mayor (1 o 2 personas) puede sentarse	5
Ayuda menor (verbal y física)	10
Independiente	15
<b>MOVILIDAD EN SUPERFICIES PLANAS</b>	
Inmóvil o se moviliza menos de 50 yardas	0
Puede ocupar silla de ruedas	5
Camina con ayuda de una persona	10
Independiente	15
<b>MOVILIDAD EN ESCALERAS</b>	
Incapaz	0
Necesita de ayuda	5
Independiente	10

Minimental Test State Examination

1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes \_\_\_\_\_  
Día del mes \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_  
Día semana \_\_\_\_\_  
Total: \_\_\_\_\_

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol \_\_\_\_\_  
Mesa \_\_\_\_\_  
Avión \_\_\_\_\_  
Total: \_\_\_\_\_      Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Respuesta del paciente: \_\_\_\_\_  
Respuesta correcta:    9 7 5 3 1  
Total: \_\_\_\_\_

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: \_\_\_\_\_  
Dobla: \_\_\_\_\_  
Coloca: \_\_\_\_\_  
Total: \_\_\_\_\_

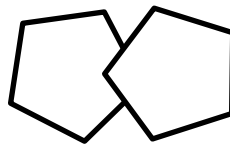
5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol \_\_\_\_\_  
Mesa \_\_\_\_\_  
Avión \_\_\_\_\_  
Total: \_\_\_\_\_

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto.



Sume los puntajes totales de las preguntas 1 a 6

TOTAL \_\_\_\_\_

Puntuación máxima: 19 puntos

Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo



13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo



### Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Modificada

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que Ud.?	1	0

PUNTAJE TOTAL \_\_\_\_\_

Normal (0-5)

Depresión probable (6-10)

Depresión establecida (11-15)

**CUESTIONARIO DE BARBER (Detección de anciano en riesgo)**

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en último año?

**Interpretación:**

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto.  
1 punto o más sugieren situación en riesgo.

## CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE MALTRATO

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o ha hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en su casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no se comprendan?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuándo lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez le han tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer algo que usted no quería?

Interpretación

1 o más respuestas positivas: Alto riesgo de maltrato

0 respuestas: Bajo riesgo de maltrato

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR  
ÚLCERAS POR PRESIÓN: ESCALA DE NORTON**

**Estado general**

Bueno	4
Aceptable	3
Malo	2
Muy malo/terminal	1

**Estado mental**

Alerta	4
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso	1

**Actividad**

Deambula	4
Necesita ayuda	3
Silla de ruedas	2
Encamado	1

**Movilidad**

Plena	4
Limitada	3
Muy limitada	2
Inmóvil	1

**Incontinencia**

Ausente	4
Ocasional	3
Urinaria (frecuente)	2
Doble (urinaria y fecal)	1

**TOTAL**

Interpretación

< 14 puntos: indica riesgo de úlceras por presión

**BASE DE DATOS**

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Escolaridad	Peso (kg)	Talla (m)	IMC / valoración antropométrica	Déficit neurosensorial visual	Déficit neurosensorial auditivo	Pesquizaje de fragilidad	Índice de Lawton y Brody	Índice de Barthel	MMSE	Escala de Yesavage	Cuestionario de Barber	Cuestionario para detección de maltrato	Índice de Charlson	Escala de Norton
AÑAZCO JORGE	76	M	SUPERIOR	57,73	1,55	24,0	PRESENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE MODERADA	INDEPENDIENTE	NO	LEVE	SI	SI	AUSENTE	SI
AUCAPIÑA LUIS	73	M	BACHILLERATO	80,45	1,68	28,5	PRESENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE MODERADA	DEPENDIENTE MODERADO	NO	NORMAL	SI	NO	BAJA	NO
CASTRO MANUEL	93	M	BACHILLERATO	75,45	1,55	31,4	PRESENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	SI	LEVE	SI	SI	AUSENTE	SI
CHALCO MANUEL	94	M	BASICO	65,91	1,49	29,7	AUSENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE MODERADO	SI	NORMAL	SI	SI	ALTA	NO
LUZURIAGA ANGEL	88	M	BASICO	63,64	1,68	22,5	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NORMAL	SI	NO	AUSENTE	NO
VELEZ MATUTE IVAN	83	M	SUPERIOR	57,27	1,68	20,3	PRESENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NO	NORMAL	NO	NO	AUSENTE	NO VAL
VELEZ ANIBAL	85	M	BACHILLERATO	75,45	1,57	30,6	PRESENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE MODERADA	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NORMAL	SI	SI	BAJA	SI
ARROBO MARÍA	94	F	BACHILLERATO	60,00	1,59	23,7	AUSENTE	AUSENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	NO VAL	NO VAL	NO VAL	NO VAL	AUSENTE	SI
ALEJANDRO MARY	52	F	SUPERIOR	40,91	1,45	19,5	AUSENTE	AUSENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	NO	NORMAL	SI	SI	AUSENTE	SI
CABALLERO MARÍA	86	F	BASICO	55,00	1,51	24,1	AUSENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NO	NORMAL	SI	NO	AUSENTE	SI
CORDOVA MARÍA	82	F	SUPERIOR	60,00	1,49	27,0	PRESENTE	AUSENTE	FRAGIL	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	SI	NORMAL	SI	NO	AUSENTE	SI
GARCIA DOLORES	92	F	BASICO	62,73	1,53	26,8	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE GRAVE	DEPENDIENTE MODERADO	SI	NORMAL	SI	SI	AUSENTE	NO VAL

GONZALEZ GLADIS	79	F	BACHILLERATO	50,91	1,51	22,3	PRESENTE	PRESENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIENTE LEVE	NO	LEVE	SI	NO	AUSENTE	SI
GUTIERREZ INDAURA	76	F	BASICO	52,27	1,36	28,3	PRESENTE	AUSENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIENTE MODERADO	SI	NORMAL	SI	NO	AUSENTE	SI
HERRERA LUZ	83	F	SUPERIOR	60,00	1,49	27,0	AUSENTE	PRESENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE GRAVE	DEPENDIENTE LEVE	SI	NORMAL	NO	NO	AUSENTE	SI
MALLA ROSARIO	76	F	SUPERIOR	59,55	1,46	27,9	PRESENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIENTE MODERADO	NO	NORMAL	SI	SI	ALTA	SI
MEJIA MARIA	84	F	BACHILLERATO	53,18	1,49	24,0	AUSENTE	AUSENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE LEVE	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NORMAL	NO VAL	NO VAL	AUSENTE	SI
RODRIGUEZ EUSEVIA	82	F	BASICO	59,09	1,46	27,7	PRESENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE GRAVE	DEPENDIENTE SEVERO	NO VAL	SEVERA	NO VAL	NO VAL	AUSENTE	SI
RODRIGUEZ SOFÍA	93	F	BASICO	70,45	1,51	30,9	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE MODERADO	SI	NORMAL	SI	NO	AUSENTE	SI
ROMAN FRANCISCA	82	F	BASICO	60,45	1,43	29,6	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NO VAL	NO VAL	NO VAL	AUSENTE	SI
SALGADO MARIA	85	F	BASICO	63,64	1,46	29,9	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE TOTAL	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NORMAL	SI	SI	AUSENTE	SI
YANANGOMEZ ALBINA	88	F	BASICO	45,45	1,36	24,6	AUSENTE	PRESENTE	FRAGIL	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIENTE SEVERO	SI	NORMAL	SI	SI	AUSENTE	SI
ZATÁN YOLANDA	77	F	BASICO	57,27	1,50	25,5	AUSENTE	AUSENTE	PREFRAGIL	DEPENDIENTE LEVE	INDEPENDIENTE	SI	NORMAL	NO	NO	AUSENTE	SI