



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 Geriátrico “San José”. Loja, 2016**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Gaona Cueva, Gabriela Stefania

DIRECTORA: 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 Geriátrico "San José", Loja. 2016, realizado por Gaona Cueva Gabriela Stefania, 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 Gaona Cueva Gabriela Stefania declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en el Centro Geriátrico “San José”, Loja 2016, de la Titulación de Medicina, siendo Dra. Tamara 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 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”

Autora: Gaona Cueva Gabriela Stefania

Cédula: 1105684318

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo en cada instante, dándome fortaleza e inteligencia para poder continuar, a mis padres y a toda mi familia quienes me han apoyado durante todo este camino, brindándome su entera confianza.

Gabriela

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres Luz y Jaime, a mi hermano Bladimir, a mi tío Orlando, quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento. A mis abuelos, a mis tíos y a toda mi familia, quienes de alguna u otra manera me ayudaron en este camino. A los adultos mayores del centro geriátrico “San José” quienes me brindaron su cariño para que este trabajo sea posible. Finalmente, pero no menos importante a mis docentes, a mi tutora Tamara, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias por su paciencia. A mi novio Carlos y a mis amigos, gracias por su apoyo incondicional.

Gabriela

ÍNDICE DE CONTENIDOS

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 TABLA	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1 Envejecimiento demográfico.....	6
1.2 Síndromes geriátricos.....	12
1.3 Evaluación geriátrica funcional	17
1.4 El adulto mayor institucionalizado y vulnerable.....	19
CAPÍTULO II.....	22
DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
Objetivos	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos	23
Metodología	24
Tipo de estudio	24
Universo	24
Operacionalización de las variables.....	25
Métodos e instrumentos de recolección de datos:.....	29
Métodos:.....	29
Instrumentos:.....	29
Procedimiento:	29
Plan de tabulación y análisis	30
Aspectos éticos:	30
CAPÍTULO III.....	31
RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	31

CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de adultos mayores según grupo etario.....	32
Tabla 2 Distribución de adultos mayores según sexo.....	32
Tabla 3 Distribución de adultos mayores según nivel de escolaridad.....	33
Tabla 4 Distribución de adultos mayores según la comorbilidad.....	33
Tabla 5 Distribución de adultos mayores según tipo de déficit neurosensorial.....	34
Tabla 6 Distribución de adultos mayores según pesquiasaje de fragilidad.....	34
Tabla 7 Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para las ABVD.....	35
Tabla 8 Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para AIVD.....	35
Tabla 9 Distribución de adultos mayores según el déficit cognitivo.....	36
Tabla 10 Distribución de adultos mayores según la presencia de depresión.....	36
Tabla 11 Distribución de adultos mayores según el estado nutricional.....	37
Tabla 12 Distribución de adultos mayores según riesgo de desarrollar úlceras por presión.....	37
Tabla 13 Distribución de adultos mayores según situación de riesgo.....	38
Tabla 14 Distribución de adultos mayores según riesgo de maltrato.....	38

RESUMEN

El envejecimiento demográfico es un proceso generalizado, en donde existe un cambio en la estructura por edades de la población; debido a bajas tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, en contraste con el aumento de la esperanza de vida. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Centro Geriátrico "San José" en la ciudad de Loja. El universo fue de 22 adultos mayores con el objetivo de caracterizar su situación sociodemográfica, identificar los principales factores de riesgo y diagnosticar el estado de salud actual. El grupo etario de 85 o más años representa el 59.1%, 50% son mujeres, el 81.9% tiene una escolaridad básica, el 50% tiene sobrepeso, el 63.7% tiene déficit neurosensorial visual y el 36.4% auditivo, el 54.6% es frágil, el 68.2% tiene dependencia en las ABVD, el 86.4% es dependiente para las AIVD, en el 63.6% se sugiere deterioro cognitivo, el 59.1% tiene cierto grado de depresión, el 81.8% está en situación de riesgo, el 68.2% tiene riesgo de maltrato, el 13.6% presenta comorbilidad y el 9.1% presenta riesgo para desarrollar úlceras por presión.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor; envejecimiento; condiciones de salud; funcionalidad.

ABSTRACT

The demographic aging is a generalized process, where there is a change in the age structure of the population, due to low rates of fertility, birth and mortality, in contrast to the increase in life expectancy. A descriptive cross-sectional study was carried out in the Geriatric Center "San José" in the city of Loja. The universe was of 22 older adults with the objective of characterizing their sociodemographic situation, identifying the main risk factors and diagnosing the actual health status. The age group of 85 or more years represents 59.1%, 50% are women, 81.9% have a basic education, 50% are overweight, 63.7% have sensorineural visual deficit and 36.4% auditory, 54.6% is fragile, 68.2% have dependency on the ABVD, 86.4% is dependent for the AIVD, in 63.6%, cognitive deterioration was suggested, 59.1% have some degree of depression, 81.8% are at risk, 68.2% have a risk of abuse, 13.6% present comorbidity and the 9.1% presents risk to develop pressure ulcers.

KEYWORDS: elderly adult; aging; healthy conditions; functionality.Á

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento tiene diferentes conceptos, los cuales varían de acuerdo con la cultura; con frecuencia es sinónimo de experiencia, respeto y sabiduría, aunque también se ha vinculado este término con desesperanza y pérdida de oportunidades (Penny & Melgar, 2012).

“El envejecimiento comprende un conjunto de procesos biológicos y psicosociales relacionados con etapas de la vida, incluyendo aspectos negativos y positivos; no se limita al descenso de funciones biológicas, a las consecuencias en el funcionamiento y la participación social, involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas y sociales en las etapas avanzadas de la vida” (Penny & Melgar, 2012).

En el mundo cada segundo dos personas cumplen 60 años y anualmente alrededor de 58 millones de personas llegan a los 60 años (Fondo de Población de Naciones Unidas [FPNU], 2012). Felipe Melgar revela que en la actualidad una de cada nueve personas tiene 60 o más años y para el 2050 las proyecciones indican que esta proporción aumentará vertiginosamente y una de cada cinco personas tendrá más de 60 años (Penny & Melgar, 2012).

El envejecimiento demográfico [ED] está ocurriendo a nivel mundial, a diferentes grados tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En este fenómeno influyen diferentes indicadores demográficos, como es la disminución de las tasas de fecundidad, mortalidad y sobre todo el aumento de la esperanza de vida (Naciones Unidas, 2007).

El incremento de la edad es directamente proporcional a la vulnerabilidad ante diferentes factores estresantes provocando en este grupo poblacional mayor nivel de dependencia que se acompaña de desórdenes físicos y mentales y por supuesto viéndose afectada sus condiciones de salud. Todo esto determina el perfil sociodemográfico y de morbimortalidad de la población adulta mayor (FPNU, 2012).

El fenómeno del ED también está presente en Ecuador, el mismo que se encuentra dentro de los países que tienen un envejecimiento moderado y en el futuro este proceso será más acelerado pudiéndose incrementar en un 14% en el 2025 (Ferreira, García, Macías, Pérez, & Tomsich, 2010). La provincia de Loja, según el Censo del 2010, tenía un índice de envejecimiento de 9.1 % el cual ira incrementándose con el pasar del tiempo ya que se está experimentando una disminución en los grupos de menor edad (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2010).

Esta realidad traerá consigo un aumento en la demanda de atención y cuidado a este grupo

poblacional ya que la literatura plantea que las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las discapacidades tienen una alta prevalencia en los adultos mayores [AM].

Franco et al. (2007), afirma que el cuidado por parte de la familia con mucha frecuencia se ve obstaculizado por diferentes razones lo que hace que aumente la institucionalización en ellos y por ende la vulnerabilidad a diferentes estresores que repercute de manera directa en el estado de salud de los senescentes y que pueden convertirse en riesgos para desarrollar diferentes condiciones geriátricas (Quintana, 2014).

Lo expuesto anteriormente unido a que, en la revisión bibliográfica realizada, se pudo apreciar que en Ecuador existen pocas evidencias de investigaciones sobre envejecimiento, motivó a investigar sobre este tema en el Centro Geriátrico “San José” y así contribuir al estado del conocimiento en una sociedad donde los mayores serán cada día más, también aportar datos que sensibilicen a los diferentes factores de la comunidad sobre esta realidad que para nada es un panorama negativo.

Lo antes expuesto despertó el interés para proponer el siguiente problema científico:

¿Cuáles son las características de las condiciones de salud de los adultos mayores del Centro Geriátrico “San José”, en el año 2016?

Y para dar respuesta al problema de investigación se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué aspectos sociodemográficos caracterizan a los AM que acuden al Centro Geriátrico “San José”?

¿Cuál es el estado de salud actual de los AM del Centro Geriátrico “San José”?

¿Cuáles son los principales riesgos en los AM del Centro Geriátrico “San José”?

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Envejecimiento demográfico

En las últimas décadas ha existido interés especial por el ED, debido al creciente incremento de la población anciana. Domínguez (2012) y López (2005) coinciden en que el límite biológico de la vida son los 91.4 años para las mujeres y 85.3 años para los hombres, pero este límite sería sólo un dato hacia el cual se tiende, siendo posible que en algunos años estos límites cambien.

Existen diversos conceptos acerca del envejecimiento, por lo tanto, es difícil definir un concepto único y general del mismo. Alvarado & Salazar (2014), Millán (2011), Pujol, Abellán, & Ramiro (2014), Fernández, Parapar, & Ruíz (2010) y Penny & Melgar (2012) concuerdan que el envejecimiento es un proceso activo, multifactorial, de cambios morfofuncionales y propio a todos los seres humanos, que se da con el pasar del tiempo y puede ser entendido desde dos puntos de vista, uno que explica los cambios fisiológicos esperados para cada persona y otro que se refiere a los cambios patológicos.

Actualmente se ha definido que el AM es aquel que tiene una edad límite de 65 años. Así mismo, se conoce como adulto mayor joven [AMJ] aquel que tiene una edad comprendida entre los 65 y 75 años, adulto mayor viejo [AMV] con una edad de 75 a 85 años y como adulto mayor muy viejo [AMMV] aquel con una edad por encima de 85 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El ED está afectado por la dinámica de las mismas poblaciones, los cambios demográficos, las tendencias de las tasas de natalidad, fecundidad, migración, mortalidad y por la esperanza de vida [EV]; en teoría el ED es reversible puesto que una población puede envejecer al ver aumentada la proporción de AM, pero puede rejuvenecer si esa proporción desciende debido a cambios en los otros grupos de edad (Ministerio de Salud de Chile [Minsal], 2014), (OMS, 2015).

La estructura por edades es el resultado de los flujos de entrada y salida de la población: nacimientos, defunciones y migraciones. De acuerdo con Pérez (2006) la combinación típica de la estructura de una población es una pirámide triangular de base amplia, la cual resulta de una natalidad elevada, una vida media escasa o de abundante inmigración de jóvenes.

Alvarado & Salazar (2014) mencionan que el ED es uno de los fenómenos colectivos de mayor impacto en los últimos años. Así mismo la OMS (2015) afirma: “En el siglo XX se llevó a cabo una transformación de la longevidad, en donde la EV al nacer aumentó 20 años desde 1950 y ha llegado a 66 años; se calcula que para el año 2050 exista un aumento de 10 años más.

El aumento de la población será más acelerado y evidente en los países en vías de desarrollo, en los que se estima que la población adulta mayor se multiplique en los próximos 50 años. Este tipo de fenómeno trae consigo grandes consecuencias para el individuo, la comunidad e internacionalmente (Alvarado & Salazar, 2014).

El Minsal (2014) y Naciones Unidas (2007) afirman: “El número de personas AM, está creciendo aceleradamente y se proyecta que para el 2050 aumentará 9 veces, aproximadamente 2 billones; eso significa que el 2% de la población tendrá 80 años y 1 de cada 5 tendrá 60 o más años”.

De acuerdo con Pérez (1998) se ha evidenciado que la mayoría de la población adulta mayor son mujeres; la principal causa es la sobremortalidad masculina, esto debido a que las mujeres se suelen casar con hombres mayores a ellas, además los hombres están más expuestos a riesgos involuntarios e incluso voluntarios, sumado está la diferenciación genética y la protección estrogénica de tienen las mujeres.

Del mismo modo Millán (2011) y Pérez (2006) afirman que en la actualidad la feminización de la vejez se ha convertido en un factor importante en las sociedades avanzadas ya que existe diferencia en las tasas de mortalidad entre ambos sexos en todas las edades, a favor de las mujeres, es por ello que el sexo femenino acaba siendo mucho más abundante en las edades avanzadas.

Los países desarrollados tienen pirámides más envejecidas que los países de desarrollo intermedio. Por consiguiente, existe una mayor cantidad de AM en los países desarrollados de lo que correspondería a una distribución proporcional a la población, por ejemplo, en Europa existe un 16% de adultos de 64 años, mientras que en África apenas llegan al 4% (Pérez, 2006).

Millán (2011) manifiesta que la EV está inversamente relacionada con la mortalidad, es decir a mayor EV menor mortalidad y viceversa. Por otra parte, la disminución de la mortalidad y natalidad, junto con el aumento de la EV, dan lugar a que, la población de AM se incremente notablemente sobre todo en los países desarrollados produciendo la inversión de la pirámide poblacional (Nieto & Alonso, 2007).

A inicios de la década de los cincuenta, la EV era de 47 años en todo el mundo, actualmente este indicador ha alcanzado más de 67 años y sobre todo en los países desarrollados está cerca de los 80 años. A su vez el grupo de población que crece con más celeridad es el de los AMV (Kalache & Keller, 2001) y (Cardona & Peláez, 2012).

Los cambios en la población son producto de factores socioeconómicos, tales como el mejoramiento de la nutrición, de las condiciones de vida y parcialmente de los cuidados sanitarios. Kalache & Keller (2001) revelan que hoy en día existen fármacos y tratamientos para tratar enfermedades que antes causaban muertes prematuras, además existen vacunas para prevenirlas y en algunos casos para erradicarlas.

Un indicador importante diferente de la EV es tasa de fertilidad. Anteriormente, este indicador estaba por debajo del nivel de sustitución poblacional en 20 países, sumándose actualmente 68 países y estimándose más de 120 los países que tendrán esa condición para años futuros (Kalache & Keller, 2001). Las personas viven más años y tiene menos niños, por consiguiente, la población envejece rápidamente.

El descenso de la mortalidad entre los recién nacidos ha aumentado considerablemente la EV de la población, pero también la proporción de niños y adolescentes, en consecuencia, ha disminuido la cantidad de la población mayor. Por consiguiente sólo en las poblaciones en las que ya se han alcanzado niveles muy bajos de mortalidad infantil y en las que el incremento de la EV se debe al descenso de la mortalidad en la población restante, la consecuencia, esta vez sí, es el ED (Pérez, 1998), (Miller, Saad, Martínez, & Calvo, 2014).

Por otra parte, las poblaciones se afectan más por el descenso de la fecundidad que por el descenso de la mortalidad. Cardona & Peláez (2012) y Nieto & Alonso (2007) afirman que el efecto del descenso de la fecundidad sobre la población es más directo que el de la disminución

de la mortalidad, esto se debe a que cuando ingresan menos personas al grupo de edad de 0 a 5 años, las demás personas aumentan la población.

La migración es un indicador que ocurre frecuentemente en la población más joven, ya que en su mayoría busca trabajo. Es decir, la población emisora ve reducida la pirámide en su base, mientras la receptora rejuvenece. Además, los jóvenes en edad reproductiva, a través de sus hijos contribuyen al ensanchamiento de la población infantil receptora. Por el contrario, la salida de jóvenes puede dejar sin niños a la población emisora (Nieto & Alonso, 2007) y (Pérez, 1998).

La disminución de la natalidad implica una reducción automática en los cimientos de las pirámides de población, siendo ésta la principal y más relevante causa de la rapidez con la que el ED se produce en los países desarrollados (Pérez, 1998). Esto no quiere decir que falten personas, lo que sucede es que el número medio de hijos por cada mujer está logrando niveles demasiado bajos.

Pérez (1998) reitera que el ED ocurre a nivel mundial, sobre todo en países desarrollados, aquél tiene una explicación conocida; es la unión en el tiempo de una evidente disminución de la mortalidad, de la natalidad y de bajas tasas de inmigración de poblaciones jóvenes, de esta manera para contrarrestar el efecto de los dos factores antes mencionados.

Kalache & Keller (2001) estima que para el año 2025, una cantidad mayor a 1.200 millones de personas a nivel mundial tendrán más de 60 años. Mientras que Alvarado & Salazar (2014) calculan que el porcentaje de personas de 60 o más años se duplicará, es decir pasará de un 10 a un 21%. Además, prevén que las tres cuartas partes de la población alta mayor se encontrarán en países en vías de desarrollo y en desarrollo.

En efecto la revisión de United Nations (2015) prevé que el número de AM en el mundo ascenderá a 1.400 millones en 2030 y 2.100 millones para 2050, y podría ascender a 3.200 millones en 2100. En el corto y mediano plazo, un mayor número de personas mayores son inevitables.

En contraste según las Naciones Unidas [ONU] para el año 2050 la población mundial llegará a 9.000 millones, además, se estima que en los siguientes 40 años en el mundo habrá 2.000 millones más de sujetos, los cuales vivirán en países menos desarrollados (Osuna, 2009).

Osuna (2009) afirma que entre los años 2000 y 2050 la población de AM en América Latina y el Caribe aumentará de 41 a 184 millones. El autor referido manifiesta que para el 2050, estima que la cantidad de niños menores de 5 años será semejante a la cantidad de AMMV.

Por otra parte Alvarado & Salazar (2014) aseveran que 1 de cada 10 personas tiene más de 60 años y para el año 2030 los individuos que sufrieron el fenómeno demográfico que se caracterizó por un incremento destacable de la natalidad [baby boom] serán AM y representarán el 25% de la población total.

De acuerdo con el informe emitido por United Nations (2015) se afirma que: “El 50.4% de la población mundial es masculina y el 49.6% es femenina. Además, el 26% de la población es menor de 15 años, el 62% tiene entre 15 y 59 años, y el 12% tiene 60 años o más”

De igual manera el informe otorgado por United Nations (2015) proyecta que la fertilidad en todo el mundo va a disminuir, de 2.5 hijos por cada mujer en los años 2010-2015 a 2.4 en los años 2015-2030 y a 2.0 en los años 2095-2100. Pero esta disminución será pronunciada en los países subdesarrollados, de 4.3 en 2010-2015 a 3.5 en 2025-2030 y 2.1 en 2095-2100.

Se ha determinado que el 46% de la población mundial tiene bajas tasas de fecundidad, donde las mujeres tienen menos de 2.1 hijos, durante su vida reproductiva. Los países que se encuentran dentro de este porcentaje incluyen Europa, América del Norte, Asia, América Latina y el Caribe y Oceanía. Además, existen países con tasas muy bajas de fertilidad como China, Estados Unidos, Brasil, Rusia, Japón y Vietnam (United Nations, 2015).

Datos del informe de United Nations (2015) demuestran que cerca del 45% de la población en todo el mundo vive en países que tienen tasas de fertilidad intermedia en donde las mujeres tienen en promedio entre 2.1 y 5 hijos. India, Indonesia, Pakistán, Bangladesh, México y Filipinas son países que tienen fecundidad intermedia.

Así mismo el informe de United Nations (2015) reveló que el 9% restante de la población mundial vive en países con altas tasas de fertilidad, aquellos han vivido una disminución limitada de la fecundidad hasta la fecha. En estos países la mujer promedio tiene 5 o más hijos a lo largo de su vida. Estos países son Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Uganda y Afganistán.

Otro factor que influye en el ED es el aumento de la EV que se ha confirmado gracias al informe de United Nations (2015) en donde existen avances significativos en los últimos años. Mundialmente, este indicador aumentó 3 años entre 2000-2005 y 2010-2015, es decir, de 67 a 70 años.

A nivel mundial la EM de la población paso de una persona joven a una adulta; de 24 años en 1950 a 27 años en 2000, y de 38 años en 2015. En América Latina y el Caribe pasó de 20 años en 1950 a 25 años en 2000, se proyecta en 42 años para 2050 (Cardona & Peláez, 2012).

Según el informe otorgado por United Nations (2015) la población adulta mayor está creciendo a una tasa de 3.26% al año. Conforme a ello Europa tiene el mayor porcentaje de la población mayor (24%), sin embargo, el rápido envejecimiento también se producirá en otros continentes, de modo que, para el 2050, todo el mundo excepto África tendrá una población muy envejecida.

La celeridad del ED difiere de un país a otro según la circunstancia de la transición demográfica en la que se encuentren, algunos países están atravesando un periodo de envejecimiento avanzado, en otros países la situación es intermedia, mientras que en algunos países el periodo que están atravesando es muy reciente (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2007).

Férrandez et al. (2010) mencionan que en España los AM constituyen cerca del 17% del total de la población, con más de 7 millones de individuos, de los que el 25% son AMMV. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística [INE], para el 2050 los AM representarán más del 30% de la población y los octogenarios constituirán el 30% de la población adulta mayor.

En América Latina actualmente el 9% de su población tiene 60 años o más y para el 2050 se estima que 1 de cada 5 latinoamericanos tendrá esa edad. El informe de la CEPAL señaló que en los próximos 40 años el número de AM representará casi un cuarto del total de los habitantes de la región (Osuna, 2009).

Cardona & Peláez (2012), CEPAL (2007) y Miller et al. (2014) afirman que en América Latina el ED ocurre en un ambiente determinado por una gran incidencia de pobreza, implicación en el mercado informal, persistente desigualdad social, deficiente cobertura de servicios de salud y seguridad social.

En los países latinoamericanos el ED ha aumentado vertiginosamente, aunque no de la misma manera. Los factores que ocasionan este fenómeno varían entre los países, debido a las distintas preferencias demográficas a las que cada país está sujeto (Centro Latinoamericano de Desarrollo [CELADE], 2000), (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), (INEC, 2012).

Según estimaciones actuales, Ecuador tiene una población aproximada de 16.4 millones de personas, con una relación de hombres (50.2%) / mujeres (49.9%), esto indica que es una población bastante equilibrada (Ferreira et al., 2010).

Ferreira et al. (2010) y según el informe del INEC (2010) afirman: “Actualmente los AM constituyen cerca de 1’341.664 localizándose principalmente en Sierra y Costa, sobre todo en las provincias de Pichincha y Guayas superando los 90.000 habitantes, en comparación con el año 2011, cuando eran 1’229.089 personas”.

En el 2010 la EM en el Ecuador fue de 75 años y se estima que para el 2050 ascienda a 80.5 años. De esta forma, el promedio de edad para las mujeres será de 83.5 años y para los varones de 77.6 años. Además, se prevé que para el 2025 la población adulta mayor incrementará del 6 al 9.3% (Ecuador Inmediato, 2010) y (Ferreira et al., 2010).

1.2 Síndromes geriátricos

Luengo, Maicas, Navarro, & Romero (2006) manifiestan que: “Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la unión de enfermedades con alta prevalencia en los AM y son el origen frecuente de incapacidad funcional o social en la población, como también el principio de otros problemas”.

Comúnmente el AM tiende a presentar manifestaciones clínicas inespecíficas e incongruentes con el cuadro característico de una enfermedad, debido a que coexisten comorbilidades, polifarmacia y fragilidad ocultando cuadros de enfermedades específicas (Ward & Reuben, 2018).

La mayoría de las veces los síndromes geriátricos ocasionan mayor morbimortalidad que la propia enfermedad que los produce. Por lo tanto, se necesita tener un gran conocimiento acerca de las presentaciones atípicas pero comunes en el AM para poder realizar un diagnóstico adecuado (Luengo et al., 2006).

Genua et al. (2002) sostienen que el 80% de los AM sobrellevan alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, insuficiencia cardiaca, neoplasias, enfermedades respiratorias, osteoporosis; cuyas complicaciones son las principales causas de hospitalización en esta población. Asimismo, cerca del 36% de la población adulta mayor presenta más de tres enfermedades crónicas.

Aproximadamente el 80% de los AMV no padecen una pérdida importante de la memoria ni presentan manifestaciones de demencia, a pesar de ello, casi todas las funciones cognitivas disminuyen con la edad. La manera en cómo sucede esta declinación varía de una persona a otra y depende de la causa, el nivel de actividad, el nivel educativo, así como también su estado de salud (Genua et al., 2002).

La (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [SEGG], 2011) manifiesta que tanto la prevalencia como la incidencia de la demencia aumentan con la edad avanzada por tal razón este síndrome geriátrico suele ser infrecuente antes de los 50 años. Por tanto, todos los tipos de demencia tienen una prevalencia del 6.5 - 7%, la cual aumenta progresivamente desde 1- 4.2% entre los AMJ hasta llegar a un 27.7% en los AMMV, afectando más a las mujeres.

Por otra parte Gutiérrez, García, Arango, & Pérez (2012) indican que la incidencia de la demencia a los 70 años es de alrededor de 1 caso por cada 100 personas por año y a los 80 años se eleva hasta alrededor de 2-3 casos nuevos por cada 100 personas por año. Las tasas de incidencia continúan aumentando hasta la novena y la décima década de la vida.

Existe la probabilidad entre 5 y 10% de padecer una demencia a los 65 años, duplicándose cada 5 años luego de los 75 años y llegando a ser hasta del 50% luego de los 90 años. Ciertamente el tipo de demencia más común que afecta al AM es la enfermedad de Alzheimer, representando el 60 y 70%, seguida de la demencia vascular (Gutiérrez et al., 2012).

De acuerdo con el INEC (2009) en el Ecuador:

El deterioro cognitivo en personas mayores a 60 años, a nivel nacional en hombres es el 16.3% y en mujeres el 25.7%. En Quito es el 8.1% en hombres y el 23.7% en mujeres. En Guayaquil es el 13.7% en varones y el 20.3% en mujeres. El porcentaje de personas que

fueron diagnosticadas con demencia es el 21.4%, el mismo que oscila entre los 61 y 70 años.

Otro síndrome geriátrico frecuente e incapacitante es la depresión. De acuerdo con la OMS (2016) la depresión afecta la calidad de vida del AM. Según datos actualizados por la OMS al menos 322 millones de personas en el mundo entero sufren de depresión, un 18% más que hace una década.

Es difícil determinar con exactitud la cantidad de AM que padecen de depresión, ya que la prevalencia e incidencia varían de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentren, pudiendo ser en la comunidad, en residencias geriátricas o en hospitales y clínicas. También influyen los instrumentos geriátricos diagnósticos que se utilicen (SEGG, 2011).

En términos generales la prevalencia de depresión en los AM que viven en la comunidad es del 10%, en los que están institucionalizados en residencias geriátricas es del 15-35% y en los que se encuentran hospitalizados es del 10-20%, estas cifras aumentan significativamente cuando coexisten comorbilidades (SEGG, 2011). Desde el punto de vista de Espinoza & Unützer (2017) en Latinoamérica la prevalencia de depresión entre 55 y 74 años es de un 7.5 % en las mujeres y de un 5.5% en los varones. El INEC (2012) afirma:

En Ecuador el 11% de los AM viven solos, dichas cifras son mayores en la Costa (12.4%), sin embargo, cerca del 81% de los AM declaran estar satisfechos con su vida, el 28% manifiesta sentirse abandonado, el 38% manifiesta a veces sentir que su vida está vacía y el 46% expresa que algo malo le puede acontecer.

Con respecto a la fragilidad, la SEGG (2011) menciona que este síndrome geriátrico se inicia con la pérdida de la reserva fisiológica del organismo, ocasionando deterioro funcional, si éste evoluciona conduce al AM a una situación de vulnerabilidad y finalmente a la discapacidad y dependencia.

Cerca del 1% de la población adulta mayor está totalmente inmovilizada, un 6% presenta graves limitaciones en las actividades de la vida diaria [AVD] y hasta un 10% padece de alguna incapacidad moderada, aumentando estas cifras por encima de los 80 años. Considerando frágiles a todos los AM con discapacidad moderada a grave y a los que se encuentran

institucionalizados, a nivel mundial la prevalencia de fragilidad en la población anciana es cercana al 30 o al 40% (SEGG, 2011).

De acuerdo con Gutiérrez et al. (2012), Ramos et al (2013) y Tello & Varela (2016) se ha estimado la prevalencia de la fragilidad por encima del 10% en los AM, ésta incrementa conforme avanza la edad hasta en más del 50% en AMMV, de manera que esta es la población más afectada, sobre todo la que vive en instituciones de cuidados prolongados.

Acorde con Tello & Varela (2016) acerca de los factores de salud y sociodemográficos asociados con la fragilidad en los AM, determinaron que una edad avanzada, el sexo femenino y la etnia negra presentan asociación positiva, mientras que la educación e ingresos económicos muestran una asociación negativa con dicho síndrome.

Otro síndrome relevante es la incontinencia urinaria, la cual tiene una prevalencia del 15.5-17.4%, en los AMV es del 53.3% aproximadamente, se estima que la incontinencia urinaria afecta a varones mayores, con prevalencias del 11 y el 34% y afecta a mujeres mayores con prevalencias del 17 y el 55% (SEGG, 2011) y (Heflin, 2018).

Los estudios realizados por la SEGG (2011) con adultos institucionalizados demostraron la asociación entre el deterioro cognitivo y la incontinencia urinaria; por ende, la presencia de demencia multiplica la existencia de incontinencia urinaria. En la población adulta mayor la proporción de este síndrome geriátrico está entre el 43 y el 77%.

Del mismo modo la incontinencia fecal ocasiona un impacto social y económico significativo; de manera que afecta la calidad de vida del paciente y contribuye a la pérdida de la capacidad de vivir independientemente. La prevalencia de incontinencia fecal fue del 2 al 21% la cual aumentó con el incremento de la edad (Robson & Lembo, 2017).

Los cambios relacionados con el envejecimiento incrementan el riesgo nutricional en los AM, en ellos los requerimientos nutricionales están determinados por diversos factores, como el nivel de actividad del individuo, el gasto de energía y los requerimientos calóricos; la capacidad de acceder, preparar, ingerir y digerir alimentos; preferencias personales de comida; y la presencia de enfermedades específicas (Ritchie & Yukaea, 2018).

La malnutrición se caracteriza por la alteración en la función y composición corporal debido al desequilibrio del aporte de nutrientes; representa un peligro para la salud del AM. Cuando el aporte calórico es excesivo, se llama obesidad, mientras que, si el aporte es insuficiente, se llama desnutrición. Uno de los indicadores de malnutrición, es la pérdida involuntaria de peso: del 2% en una semana, del 5% en un mes o del 10% en seis meses (SEGG, 2011).

La SEGG (2011) afirma que la malnutrición está relacionada a una mayor frecuencia de caídas y fracturas; deterioro cognitivo; retraso en la cicatrización tras una cirugía; prolonga la estancia hospitalaria; incrementa los reingresos hospitalarios; por ende, incrementa el riesgo de fragilidad.

La malnutrición en geriatría es muy prevalente, debido a su mal diagnóstico. De acuerdo con la SEGG (2011) existe una prevalencia del 1-5% de desnutrición en AM que viven en la comunidad. En los AM institucionalizados la prevalencia oscila entre el 23-85%; mientras que en los AM hospitalizados es alrededor del 50%.

Por otra parte, la inmovilidad es otro síndrome geriátrico prevalente, caracterizado por la incapacidad de desarrollar las AVD debido al empeoramiento gradual de las funciones motoras. Este síndrome es multifactorial, prevenible y reversible (SEGG, 2011).

Existen AM que, en condiciones de movilidad total, acaban en inmovilidad súbitamente, estos casos se ven en pacientes que padecen enfermedades cerebrovasculares o traumatismos incapacitantes; en contraste otros presentan un deterioro progresivo de la movilidad, debido a enfermedades crónicas, como la artrosis, neoplasias, insuficiencia cardíaca o en la enfermedad de Parkinson (SEGG, 2011).

Según Gac (2003) la prevalencia de la inmovilidad en AM de la comunidad es alrededor del 18%; en los AMV la prevalencia aumenta hasta el 50%. Cerca del 59% de los AM ingresados en un hospital, tienen dependencia en una nueva AVD. De los AM con inmovilidad súbita, aproximadamente el 33% muere al término de 3 meses y más de un 50% en un año.

Uno de los principales factores que amenaza la independencia del AM son las caídas, las cuales son frecuentes en esta población, ocasionando lesiones tanto mortales como no mortales. Generalmente las caídas suceden cuando existen deficiencias en múltiples dominios que comprometen la capacidad compensatoria del individuo (Kiel, Schmader, & Sullivan, 2018).

La incidencia de caídas incrementa con la edad. Kiel et al. (2018) manifiestan que entre el 30 y el 40% de los AM que viven en la comunidad caen cada año, aumentando a aproximadamente el 50% entre los AMV. Del mismo modo, cerca del 50% de los AM que viven en entornos de CLP caen anualmente.

La población adulta mayor tiene mayor riesgo de lesión grave o muerte por presentar caídas. De acuerdo con la OMS (2017) del 20 al 30% de los AM que presentan caídas sufren lesiones moderadas o graves como fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos.

Según la OMS (2003) “El maltrato al mayor, es un acto u omisión única o repetidamente; que ocasiona daño a una persona y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”. El maltrato engloba diversos aspectos como aislamiento, desamparo, abandono, incumplimiento de los derechos humanos y la privación de la toma de decisiones. Este puede ser ejercido en el contexto familiar, institucional y colectivo; pone en riesgo la integridad psicológica y física; por lo tanto, puede ser percibido de manera subjetiva u objetiva (OMS, 2016) y (Gutiérrez et al., 2012).

1.3 Evaluación geriátrica funcional

Heflin (2018) afirma que los problemas de salud de los AM, constantemente se presentan como deterioro en el estado funcional, al no ser tratados estos problemas, pueden progresar a situaciones de incapacidad severa como inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual, colocando al paciente en situación de riesgo.

El estado funcional constituye una medida del impacto de la salud en un AM en el contexto de su red de apoyo social. También demuestra la capacidad de una persona para realizar las actividades físicas y sociales. Además del manejo de síntomas y signos, un adecuado manejo clínico debe tomar en cuenta el estado funcional del paciente (Reuben & Leonard, 2018).

Besdine (2018) menciona, que la mejor manera de evaluar el estado de salud de los AM es mediante la evaluación geriátrica funcional [EGF], la misma que otorga información objetiva, por lo tanto, puede estimar la decadencia o mejoría del estado de salud del paciente, permitiendo al personal de salud intervenir de forma oportuna.

Para hacer un manejo integral del AM, este debe basarse en aspectos biológicos, físicos, psicológicos y sociales, es decir no solamente centrarse en la enfermedad que padece el paciente puesto que el bienestar del mismo está muy influenciado por factores sociales y ambientales (Gutiérrez et al., 2012) y (Reuben & Leonard, 2018).

Pacala (2018) afirma que la detección temprana de los mismos permite una intervención precoz, la misma que puede evitar el deterioro y mejorar la calidad de vida, con frecuencia con intervenciones pequeñas y de bajo costo. En consecuencia, algunos AM, sobre todo los frágiles y con comorbilidades crónicas, son evaluados mejor usando un abordaje geriátrico completo.

Gutiérrez et al. (2012) manifiestan que la evaluación geriátrica funcional [EGF], permite mejorar la supervivencia del AM, disminuye el número de hospitalizaciones y de institucionalización, por ende, el estado funcional mejora. Por otra parte, a través de esta evaluación se logra que la población adulta mayor tenga independencia al realizar las AVD, a la vez que mejore su calidad de vida.

El conjunto de capacidades que necesita un AM para poder realizar por sí mismo todas las actividades básicas de manera independiente se llama funcionalidad. Por consiguiente la valoración de aquella es compleja y extensa; esta engloba la evaluación de las AVD, movilidad, marcha, equilibrio, función cognoscitiva, estado de ánimo, estado nutricional y sus relaciones familiares (Gutiérrez et al., 2012) y (Manrique et al., 2013).

La EGF evalúa las habilidades del AM para realizar las actividades básicas de la vida diaria [ABVD] y las actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD]. Las ABVD incluyen la alimentación, el arreglo personal, el baño, la vestimenta, el traslado de la cama a la silla, la continencia urinaria y fecal; mientras que las AIVD incluyen la realización de las tareas del hogar, la preparación de las comidas, el uso del transporte, tomar medicamentos, el manejo del dinero y el uso del teléfono (Besdine, 2018), (Pacala, 2018), (Manrique et al., 2013) y (Heflin, 2018).

La incapacidad para realizar las ABVD indica la necesidad de referir al AM a centros con un nivel más alto de atención; por ejemplo, los asilos, en donde brindan asistencia, pero generalmente tienen un costo adicional. Reuben & Leonard (2018) menciona que la

dependencia en estas actividades no es muy común, cerca de un 10% se ve afectado; sin embargo, cerca del 17% de los AM presenta dependencia en al menos una AIVD.

Domínguez & García (2014) mencionan que la EGF reviste gran importancia debido a que los AM que tienen alteraciones en la funcionalidad están más predispuestos a ser institucionalizados, así mismo hay incremento de la mortalidad y aumento del consumo de recursos. Los autores referidos estiman que cerca del 25% de los AM y el 50% de los AMMV requieren ayuda en sus AVD.

Es fundamental que la valoración funcional guie la toma de decisiones, teniendo en cuenta la capacidad funcional y la calidad de vida del AM en la elección de tratamientos y el uso eficiente de recursos de salud; sin embargo la valoración funcional no sustituye pruebas diagnósticas consideradas estándar de oro para padecimientos específicos (Domínguez & García, 2014), (Cervantes, Ríos, Rodríguez, Vargas, & Martínez, 2014).

Reuben & Leonard (2018) afirman que, al realizar la evaluación de caídas, esta va más allá de la valoración de la marcha ya que incluye la medición de presión arterial, la valoración de la visión, la revisión de medicamentos, una inspección de los pies, las pruebas del equilibrio y la fuerza de las extremidades inferiores.

Otro factor relevante es la fuente de información sobre el estado funcional debido a que muchos pacientes tienden a indicar en exceso sus habilidades, mientras que los familiares pueden indicar menos de sus capacidades. Por otro lado, es importante la evaluación de terapeutas físicos o cuidadores ya que proporcionan información más objetiva de manera que orienta a los objetivos de rehabilitación y las necesidades de atención (Reuben & Leonard, 2018).

1.4 El adulto mayor institucionalizado y vulnerable

El paciente geriátrico es el AM, en el cual ocurren dos o más circunstancias, por ejemplo, alteración mental y social o la predilección a la incapacidad física. Dentro de esta definición se encuentra el 45% de los AMMV y el 30% de los AMV que están hospitalizados (Pujol et al., 2014), (Pérez, 1998) y (Pérez, 2006).

Así mismo, autores como Genua et al. (2002) manifiestan que el AM frágil es aquel que se encuentra en situación de riesgo y presenta algún grado de deterioro físico o mental. Es decir, se hallan en una situación de desequilibrio, cuyas consecuencias pueden ser la incapacidad y dependencia. Por lo tanto, mientras tengan menor resistencia ante distintas agresiones, perderán su autonomía.

La fragilidad es un síndrome prevalente en los AMV Y AMMV, en este síndrome influyen factores sociales, biológicos y psicológicos. Conforme avanza la edad y las comorbilidades, el AM se vuelve más vulnerable a presentar alteraciones como deterioro funcional, movilidad disminuida, trastornos cognoscitivos, caídas, aislamiento social; de este modo aumenta la mortalidad y el número de hospitalizaciones (Ramos et al., 2013).

Los AM, enfrentan circunstancias sociales particulares que afecta a su red social de apoyo, la mayoría de esta población se encuentra en situación de riesgo debido al aislamiento, ya sea por voluntad propia o por terceros. Este tipo de eventualidad social altera la capacidad para intervenir en actividades sociales, con lo cual aumentan sus niveles de estrés (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Otro aspecto relevante que Adams (2012) menciona es el maltrato al AM institucionalizado, es decir aquel que se produce en los centros geriátricos, centros de salud; en donde principalmente son los profesionales los que tienen conductas abusivas; posiblemente por falta de preparación, estrés o sobrecarga laboral. Este tipo de comportamiento se acentúa por la falta de recursos económicos, mala relación personal-paciente y hacinamiento.

En la actualidad condiciones como el aumento de EV, la falta de tiempo, casas estrechas, falta de un cuidador, son los detonantes para que los AM se transformen en una “carga”, en un “peso que soportar”, en una “molestia para sus familias” por lo tanto se produce la “externalización del problema” entregando al AM al cuidado de una institución ya sea pública o privada (Adams, 2012).

En los centros de larga permanencia [CLP] para estos pacientes, el maltrato, es una situación frecuente. Adams (2012) afirma que son escasas las estadísticas acerca del maltrato en AM, sin embargo, los medios de comunicación informan algunos casos de maltrato. A pesar de esto, queda sin conocerse la verdadera magnitud del problema, debido a la dificultad de la denuncia por parte de esta población.

En los CLP predominan los AMMV, de sexo femenino, con comorbilidades, que a la vez presentan grados de limitación para realizar las AVD. El AM institucionalizado, es más vulnerable presentando riesgo de fracturas, polifarmacia, infecciones, malnutrición, discapacidad, hospitalizaciones y muerte; posiblemente debido a la interacción de factores socioeconómicos como soledad y pobreza, y factores psicológicos como la depresión y el abandono (Penny & Melgar, 2012), (Danel, 2008).

A nivel mundial en los países desarrollados como EE. UU o el Reino Unido, la mayoría de los servicios geriátricos de CLP, son subsidiados por el propio paciente, familiares o seguros médicos, por el contrario, en Latinoamérica debido a falta de recursos económicos no pueden acceder a este tipo de servicios (Penny & Melgar, 2012).

La mayoría de AM que están institucionalizados padecen de enfermedades crónicas o estables, las mismas que pueden agudizarse o complicarse, de forma que terminen en estados terminales; además presentan alta frecuencia de síndromes geriátricos y grados variables de condiciones discapacitantes tanto físicas como mentales (Penny & Melgar, 2012).

Dentro de las principales causas de mortalidad en el AM institucionalizado, tenemos las enfermedades cardiovasculares, como es la cardiopatía isquémica; las neoplasias malignas sobre todo de pulmón, mama, próstata y colon; y las enfermedades cerebrovasculares. Por otro lado, están las caídas que también son causa importante de morbimortalidad, cuyas complicaciones son la fractura de cadera, inmovilización, infecciones recurrentes y las úlceras por presión (Penny & Melgar, 2012).

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores en el Centro Geriátrico “San José” en la ciudad de Loja durante el año 2016.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores que asisten al Centro Geriátrico “San José”
- Diagnosticar el estado de salud actual de los adultos mayores en el Centro Geriátrico “San José”
- Identificar los principales riesgos en los adultos mayores del Centro Geriátrico “San José”

Metodología

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal en el cual se utilizaron técnicas cuantitativas para el análisis de los resultados.

Universo

N= 22 adultos mayores que asistieron al Centro Geriátrico “San José”, en el año 2016.

Operacionalización de las variables

Variable	Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	Indicador
Variables biológicas			
Edad	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
Sexo	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Frecuencia y porcentaje
Variables psicosociales			
Escolaridad	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 que terminaron el 7 ^{mo} grado, básica superior los que terminaron el 10 ^{mo} grado, bachillerato si terminaron el tercer año de bachillerato y ninguna si no recibieron estudio alguno.	Frecuencia y porcentaje
Variables clínicas			
Comorbilidad	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

Déficit neurosensorial auditivo	Presente Ausente	Se considera que está presente el déficit auditivo cuando al susurrarle al oído de ambos lados no responde y ausente cuando si responde.	Frecuencia y porcentaje
Déficit neurosensorial visual	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
Fragilidad	Fragilidad Pre frágil	Se considera frágil cuando están presentes 3 o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso no intencionada >5 Kg en el año anterior - Sarcopenia - Mala fuerza de agarre o debilidad - Mala resistencia, auto reporte de “exhausto” - Lentitud de marcha - Bajo nivel de actividad física Pre frágil cuando solamente están presentes 1 o 2 criterios	Frecuencia y porcentaje
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Dependencia total Dependencia severa Dependencia moderada Dependencia leve	Si al aplicar la escala de Barthel se obtiene: Dependencia total: 0-20 Dependencia severa: 21-60 Dependencia moderada: 61-90	Frecuencia y porcentaje

	Independencia	Dependencia leve: 91-99 Independencia: 100	
Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)	Dependiente total Dependiente grave Dependiente moderado Dependiente leve Independiente	Si al aplicar la escala de Lawton y Brody se obtiene en: Mujeres: Dependiente total: 0-1 Dependiente grave: 2-3 Dependiente moderado: 4-5 Dependiente Leve: 6-7 Independiente: 8 Hombres: Dependiente total: 0 Dependiente grave: 1 Dependiente moderado: 2-3 Dependiente Leve: 4 Independiente: 5	Frecuencia y porcentaje
Deterioro cognitivo	Sugiere déficit cognitivo No sugiere déficit cognitivo	Sugiere déficit cognitivo si al aplicar el MMSE modificado se obtiene 13 puntos o menos y no sugiere déficit cognitivo cuando el resultado es de 14-19 puntos	Frecuencia y porcentaje
Depresión	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

Valoración nutricional antropométrica	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 resultado entre 18.5 a 24.9; Sobrepeso si el IMC fue 25 a 29.9 y Obesidad si el IMC fue > 30	Frecuencia y porcentaje
Principales riesgos			
Riesgo de desarrollar úlceras por presión	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
Anciano en riesgo psicosocial	Está en situación de riesgo No tiene 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
Riesgo de maltrato	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

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Métodos:

Para dar salida al objetivo 1 se procedió a la revisión documental de la base de datos que existe en la dirección del Centro Geriátrico “San José” y así obtener los datos sociodemográficos de los adultos mayores.

Para el objetivo 2 y 3, se realizaron las historias clínicas-modelo 057 (Anexo 3) y se aplicaron las escalas utilizadas por el Ministerio de Salud Pública para la identificación de diferentes condiciones geriátricas.

Instrumentos:

Los instrumentos que se aplicaron para cumplir con los objetivos de esta investigación fueron: el Índice de Charlson en su versión abreviada (Anexo 4) para identificar la comorbilidad, el cual contempla 8 enfermedades entre crónicas y catastróficas. El Test de Moore (Anexo 5) el mismo que se utiliza para realizar tamizaje rápido de las condiciones geriátricas como el déficit neurosensorial visual y auditivo. Se realizó el Pesquisaje de fragilidad (Anexo 6), el cual permitió identificar que pacientes eran frágiles y cuales eran pre frágiles. El Índice de Barthel (Anexo 7), instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatria para evaluar las ABVD, el cual cuenta con 10 ítems. Se aplicó el Índice de Lawton & Brody (Anexo 8) con 8 ítems para evaluar las AIVD. Para la evaluación del estado cognitivo se utilizó el Mini mental modificado (Anexo 9) con 6 ítems. Para identificar la presencia o no de depresión se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage Modificada (Anexo 10), la cual tiene 15 ítems. Se aplicó la Escala de Norton (Anexo 11), con 5 ítems para identificar si los adultos mayores presentan o no riesgo de desarrollar úlceras por presión. El Test de Barber (Anexo 12) se lo aplicó para la identificación de aquellos adultos mayores que se encontraban en situación de riesgo, este test tiene 9 ítems. Finalmente, se utilizó el Cuestionario para la detección de maltrato (Anexo 13), el cual tiene 9 ítems.

Procedimiento:

Después de obtener autorización de la dirección del Centro Geriátrico “San José” para llevar a cabo la investigación y los consentimientos informados de los familiares de los adultos mayores,

se procedió a realizar la historia clínica geriátrica-modelo 057 (Anexo 3) a cada adulto mayor, y se aplicaron las escalas utilizadas por el Ministerio de Salud Pública para la identificación de diferentes condiciones geriátricas, como son: el déficit neurosensorial visual y auditivo; el grado de funcionalidad para las ABVD y las AIVD; el déficit cognitivo; la presencia de depresión; la comorbilidad; el riesgo de desarrollar úlceras por presión; la situación de riesgo; el riesgo de maltrato y finalmente la presencia de fragilidad.

Plan de tabulación y análisis

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

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

Aspectos éticos:

Antes de comenzar la investigación se solicitó autorización al director del Centro Geriátrico “San José” (Anexo 1).

Se pidió el consentimiento informado (Anexo 2) a los adultos mayores que participaron en la investigación o a su representante, 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 III

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos en la investigación desarrollada.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según grupo etario

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
65-74 años	2	9.1
75-84 años	7	31.8
85 y más años	13	59.1
Total	23	100.0

Fuente: Historias clínicas (HC), base de datos del Centro Geriátrico "San José"
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Entre las características sociodemográficas estudiadas estuvo la edad, tabla 1. En el total de la población predominó el grupo etario de "85 y más años" con el 59.1%, seguido del grupo de "75 a 84 años" con el 31.8%, el grupo de edad de "65 a 74 años" representó el 9.1% de la población.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	11	50.0
Masculino	11	50.0
Total	22	100.0

Fuente: Historias clínicas (HC), base de datos del Centro Geriátrico "San José"
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

En cuanto al sexo, tabla 2. La población fue equilibrada, el 50% fueron mujeres y el otro 50% fueron varones.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según nivel de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	9.1
Básica	18	81.9
Básica Superior	1	4.5
Bachillerato	1	4.5
Total	22	100.0

Fuente: HC, base de datos del Centro Geriátrico “San José”
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Los resultados obtenidos al valorar la variable escolaridad (tabla3) muestran que el valor más alto fue alcanzado por la categoría “Básica” con el 81.9%, a continuación, se ubicó la categoría “Ninguna” con el 9.1%, seguida de las categorías: “Básica Superior y Bachillerato” con el 4.5% para cada una.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según presencia de comorbilidad

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Alta	2	9.1
Baja	1	4.5
Ausencia	16	72.7
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Entre las variables estudiadas estuvo la comorbilidad, tabla 4. Del total de la población el 9.1% presenta “Comorbilidad alta”, el 4.5% presenta “Comorbilidad baja”, en el 72.7% de la población hay “Ausencia de comorbilidad”. El 13.6% no pudo ser evaluada.



Tabla 7. Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para ABVD

Capacidad funcional para ABVD	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia severa	4	18.2
Dependencia moderada	8	36.4
Dependencia leve	3	13.6
Independencia	4	18.2
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Referente a la capacidad funcional para las ABVD (tabla 7), se determinó que el 36.4% presenta “Dependencia moderada”, a continuación, se encuentran las categorías “Dependencia severa e independencia” con el 18.2% para cada una, seguida de la categoría “Dependencia leve” con el 13.6%. Por último, no pudo evaluarse al 13.6% de la población.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según capacidad funcional para las AIVD

Capacidad funcional para AIVD	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente total	5	22.7
Dependiente grave	5	22.7
Dependiente moderado	4	18.3
Dependiente leve	5	22.7
Independiente	0	0.0
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Respecto a la capacidad funcional para las AIVD (tabla 8), se evidencia que en la población objeto de investigación predominan las categorías: “Dependiente total, dependiente grave y dependiente leve” con el 22.7% para cada una, seguido de la categoría “Dependiente moderado” con el 18.3%; finalmente el 13.6% lo constituyeron los pacientes a quienes no fue posible su evaluación.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según el déficit cognitivo

Déficit cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Sugiere déficit cognitivo	14	63.6
No sugiere déficit cognitivo	5	22.7
No evaluable	3	13.7
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Con respecto al déficit cognitivo (tabla 9), se evidenció que de la población estudiada el 63.6% “Sugiere déficit cognitivo”, el 22.7% “No sugiere déficit cognitivo”. El 13.7% de la población no pudo ser evaluada.

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según la presencia de depresión ~~AAA~~

Presencia de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	6	27.3
Depresión probable	10	45.5
Depresión establecida	3	13.6
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Los resultados obtenidos al analizar la variable depresión (tabla 10), demuestran que, en la población estudiada, el 45.5 y 13.6% presenta “Depresión probable y establecida” respectivamente, el 27.3% no presenta depresión, mientras que el 13.6% no pudo ser evaluada.

Tabla 11. Distribución de adultos mayores según el estado nutricional

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez	1	4.5
Normal	6	27.3
Sobrepeso	11	50.0
Obesidad	4	18.2
Total	22	100

Fuente: HC, escalas geriátricas, base de datos del Centro Geriátrico “San José”
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

De acuerdo con los resultados del estado nutricional, tabla 11. Se evidencia que la categoría “Sobrepeso” es la de mayor prevalencia con el 50%, le sigue la categoría “Normal” con el 27.3%, seguido de la categoría “Obesidad” con el 18.2% y finalmente la categoría “Delgadez” con el 4.5%.

Tabla 12. Distribución de adultos mayores según riesgo de desarrollar úlceras por presión

Á

Riesgo de desarrollar úlceras por presión	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	9.1
No	17	77.3
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

En cuanto al riesgo de desarrollar úlceras por presión, tabla 12. En la presente investigación se encontró que el 9.1% “Si presenta riesgo de desarrollar úlceras por presión”, mientras que el 77.3% “No presenta riesgo”. En el 13.6% de los casos no pudo realizarse la evaluación.

Tabla 13. Distribución de adultos mayores según situación de riesgo

Situación de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene riesgo	18	81.8
No tiene riesgo	1	4.5
No evaluable	3	13.7
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

En la presente investigación, al analizar la variable situación de riesgo (tabla 13), se observa que el 81.8% de la población estudiada “Si tiene riesgo”, en contraste el 4.5% que “No tiene riesgo”. En el 13.6% de la población no fue posible realizar la evaluación.

Tabla 14. Distribución de adultos mayores según el riesgo de maltrato

Riesgo de maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Alto riesgo de maltrato	15	68.2
No tiene riesgo de maltrato	4	18.2
No evaluable	3	13.6
Total	22	100.0

Fuente: Escalas geriátricas del MSP-Ecuador
Elaboración: Gabriela Gaona Cueva

Al analizar la variable riesgo de maltrato, tabla 11. En la población estudiada se obtuvo que el 68.2% presenta un “Alto riesgo de maltrato”, por el contrario, el 18.2% “No tiene riesgo de maltrato”. El 13.6% de la población no pudo ser evaluada.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, el grupo etario predominante fue el de 85 y más años, lo cual difiere del estudio realizado por Morales (2008), en donde el grupo etario prevalente fue el de 65-74 años. La literatura revisada, ha demostrado que el mejoramiento de las condiciones de salud y los avances médicos disminuyen la mortalidad por ende aumenta la población adulta mayor (Kalache & Keller, 2001). Por otra parte Nieto & Alonso (2007) sostienen que la migración de personas jóvenes, el descenso de la fecundidad y la natalidad inciden en el aumento de la población, de manera especial en el aumento la población de los AMMV.

Referente al sexo, en esta investigación muestra una relación de mujeres y varones de 1:1, similar a la distribución en el Ecuador (Ferreira et al., 2010). Sin embargo, los datos obtenidos por Morales (2008), presentan una relación de mujeres hombres de 2:1. La literatura analizada, explica esta relación, debido a que las mujeres suelen casarse con hombres mayores a ellas, lo que explica la sobremortalidad masculina, además las mujeres tienen cierta protección estrogénica antes de la menopausia (Pérez, 1998).

En cuanto al nivel de escolaridad, en la presente investigación se encontró que, de la población total, más de tres cuartas partes tuvieron escolaridad básica, lo cual coincide con los estudios llevados a cabo por Martínez J. I (2006) y Morales (2008). Estos resultados pudieran deberse, entre otros factores, a un nivel socioeconómico alto, lo cual constituye un resultado alentador que demuestra un alto nivel educacional en la población. Por otra parte, en esta investigación se encontró que 1 de cada 10 adultos mayores no tiene escolaridad alguna, relacionándose con los datos obtenidos en el estudio de Morales. De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (2005) las causas de un nivel de escolaridad baja en la población adulta mayor se deben a un sistema educativo escaso y selectivo; esto ocasiona que los AM presenten sentimientos de infelicidad, relaciones sociales pobres y problemas de salud (Giacoman, Funes, Guzman, & Montiel, 2011).

En la investigación realizada, más de la mitad de la población no presenta comorbilidad, lo cual se relaciona con el estudio realizado por (Cayuelas, Navarro, Kostov, & Sisó, 2013). Pero los resultados de esta investigación no concuerdan con los obtenidos en el estudio llevado a cabo por Ferrer, Formiga, Sanz, Monserrate & Verges (2014) en donde cerca de la mitad de la población presentó niveles de comorbilidad. Ello es acorde con la literatura revisada, en donde

Genua et al. (2002) afirman que aproximadamente el 80% de los AM padecen alguna enfermedad crónica. Sin embargo, resulta alentador el hecho de encontrar adultos mayores sin comorbilidad, probablemente porque esta población no se encuentra institucionalizada, tiene un mejor nivel socioeconómico y mejores servicios sanitarios.

De acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación, se determinó que más de la mitad de la población presenta déficit visual, ello es acorde con lo que afirma la OMS (2017), Hernández, Olivares, Carrillo, Tovar & González (2015) y Jiménez & Hajar (2007). Por otra parte, conforme a la presencia de déficit auditivo, los resultados de esta investigación señalan que cerca del 30% presenta este déficit, lo cual coincide con el estudio realizado por Lescaille (2015). Estos resultados demuestran que conforme la edad avanzada aumenta, más personas tienen el riesgo de padecer estas alteraciones.

Los resultados de esta investigación reflejan, que más del 50% es frágil y un 30% es pre frágil; estos resultados difieren de los estudios realizados por Lluís & Llibre (2004), García (2012), Castell et al. (2009), en donde la prevalencia de fragilidad oscila entre un 7 y 12%, en contraste, el estudio realizado por (Romão, y otros, 2017) quienes demostraron que la prevalencia de fragilidad fue del 23.6%. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en la presente investigación, debido a que la población estudiada mayoritariamente está constituida por AMMV, siendo esta población la que tiene más prevalencia de fragilidad (Tello & Varela, 2016), (Gutiérrez et al., 2012), (Ramos et al., 2013). Es importante considerar la prevalencia de prefragilidad ya que los AM pueden volverse frágiles conforme incrementa la edad y los niveles de comorbilidad.

Con respecto a las ABVD, en esta investigación se determinó, que más del 60% de la población presenta dependencia para dichas actividades, predominando la categoría dependencia moderada, lo cual coincide con en el estudio realizado por Lesende et al. (2012). Además, en la literatura revisada se encontró que cuando existe dependencia para estas actividades lo más común es que los AM sean referidos a centros geriátricos (Reuben & Leonard, 2018). Por otra parte, Hernández et al. (2015) y Jiménez & Hajar (2007) demostraron que el 49% de la población tuvo algún grado de dependencia en las ABVD. Sin embargo (Lara, Pinto, & Espinoza, 2010) determinaron que el 70.1% de la población estudiada puede realizar las ABVD de manera independiente. Esto demuestra que la prevalencia de la dependencia para las ABVD varía de acuerdo a la población que se estudie.

Referente a las AIVD, en la presente investigación se encontró, que más del 80% de la población presenta dependencia para dichas actividades, estos resultados difieren de los encontrados por Lara, López, Espinoza, & Pinto (2012), Ortega et al. (2012) y Hernández et al. (2015) quienes determinaron que cerca del 65% es independiente para estas actividades. Los resultados de esta investigación guardan relación con lo que plantea Reuben & Leonard (2018), quienes afirman que los AM inicialmente presentan dependencia para las AIVD, por lo tanto, la población adulta tiene mayor dependencia para dichas actividades.

Al realizar el análisis de la variable déficit cognitivo, en la investigación realizada se encontró que más del 60% de la población sugiere déficit cognitivo, lo cual guarda relación con el estudio realizado por Muñoz et al. (2015), en donde el 75% sugiere deterioro cognitivo. Por lo tanto, esto demuestra que mientras la población envejece incrementa el deterioro cognitivo, afectando a ambos sexos por igual. De la misma manera, Genua et al. (2002) manifiesta que casi todas las funciones cognitivas disminuyen con la edad y la manera en cómo sucede esta declinación varía de una persona a otra.

Con relación a la depresión, los resultados de esta investigación demuestran que más de la mitad de la población presenta depresión; de esta un tercio presenta depresión establecida y el resto depresión probable. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Montesinos, Valdivieso, Galán, & Díez (2008), Márquez, Soriano, García & Falcón (2005), Capuñay, Figueroa, & Varela (1996). La depresión afecta a gran parte de la población adulta mayor, en efecto es difícil determinar con fidelidad la cantidad de AM que son afectados; debido a que la incidencia y prevalencia cambian de acuerdo a las situaciones en las que se encuentren los AM (SEGG, 2011).

Referente al estado nutricional, en esta investigación, la mitad de la población tiene sobrepeso, lo cual coincide con estudios realizados por Bernal, Vizmanos, & Celis de la Rosa (2008), Jiménez, Sola, Pérez & Turienzo (2011). Estos resultados podrían deberse a que los AM llevan una vida sedentaria, realizan poca actividad física y la alimentación no es adecuada; además presentan una capacidad funcional reducida para las AVD.

En la presente investigación se determinó que aproximadamente 1 de cada 10 AM tiene riesgo de desarrollar úlceras por presión, esta información se relaciona con lo observado por Peralta, Varela, & Gálvez (2009), pero no se relaciona con lo encontrado por Gallo & Pachas (2008), en donde el 27.5% de la población presentó riesgo de desarrollar úlceras por presión. Es

importante destacar que la prevalencia de úlceras por presión es mayor en los CLP (Chigne, Varela, & Chávez, 2000), (Zuñiga, Espinoza, & Fernandez, 2014). Por consiguiente, en esta investigación la prevalencia es baja probablemente debido a que el centro geriátrico, es un centro de día.

En esta investigación se determinó que más del 80% de los AM se encuentra en una situación de riesgo, esto se relaciona con el estudio realizado por Martín & Rodríguez (2005). De acuerdo con la literatura revisada, se ha observado que los AM se encuentran en situación de riesgo; debido al aislamiento, altos niveles de estrés y en algunas circunstancias se asocia a depresión (Ministerio de Salud Pública, 2008).

De la misma manera, en la presente investigación se obtuvo que el 68.2% presenta alto riesgo de maltrato, estos resultados concuerdan con los obtenidos por Docampo, Barreto, & Santana (2009) y Adams (2012). En esta investigación, los resultados obtenidos podrían deberse a que los AM pueden ser víctimas de maltrato psicológico y físico por parte de sus familiares o del personal que labora en el centro geriátrico.

CONCLUSIONES

- Según los resultados encontrados se concluye que la población estudiada se caracterizó porque la relación numérica entre hombres y mujeres fue igual, el grupo etario predominante fue el de 85 o más años y el nivel de escolaridad más prevalente fue la categoría básica.
- En cuanto al estado de salud actual de la población estudiada se obtuvo que el sobrepeso fue el estado nutricional más prevalente; el déficit neurosensorial visual fue más prevalente que el auditivo; la dependencia para las AIVD fue más prevalente que para las ABVD; el déficit cognitivo fue prevalente, así como también la depresión; por el contrario, la comorbilidad fue baja en esta población.
- Finalmente se concluye que la mayoría de la población estudiada es frágil y se encuentra en situación de riesgo; tiene un alto riesgo de maltrato en contraste con un bajo porcentaje de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

RECOMENDACIONES

- Mejorar los hábitos dietéticos de los adultos mayores a través de planes alimenticios, charlas de concientización a familiares y personal del centro geriátrico de manera que se pueda prevenir enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatías.
- Gestionar la presencia en el centro geriátrico de un médico familiar o geriatra, para que realice el diagnóstico oportuno, controles frecuentes y lleve el historial del adulto mayor; por consiguiente, se evitará la progresión de los distintos síndromes geriátricos.
- Incentivar el mejoramiento de las relaciones familiares y sociales de los adultos mayores a fin de crear actitudes positivas, estabilidad emocional y fortalecer las redes de apoyo social, de esa manera se reducirán los niveles de estrés, ansiedad y depresión en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Ú^çã caT . .ããÖ|ð ããÖe ÁÖ[}ã^•.*
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Ö^!| \[{ [•.*
- Bernal, M. F., Vizmanos, B., & Celis de la Rosa, A. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Öç d[] [Á*
- Besdine, R. (2018). Evaluación del paciente anciano. *T æ } ~ æ^Á ^!&.*
- Capuñay, J., Figueroa, M., & Varela, L. (1996). Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Ü^çã caT ^ããÖ^!^ããæ æ*
- Cardona, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Üæ } áÁM } ã [!ç.*
- Castell, M., Otero, Á., Sánchez, M., Garrido, A., González, J., & Zunzunegui, M. (2009). Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Öe } &ã } Á!ã ææ*
- Cayuelas, L., Navarro, M., Kostov, B., & Sisó, A. (2013). Baja comorbilidad en longevos. *Öe } &ã } Á!ã ææ*
- Centro Latinoamericano de Desarrollo [CELADE]. (2000). *Ö!Á } ç^b &ã } ã } ç Á^Áca [à|æã } Á |æ } [æ ^!ã } æ } ÖãÁ } æ^|æã } Á^Á^ } ^ } á^ } &ã } ç [/æ|^ÑSantiago de Chile: CELADE.*
- Cervantes, R., Ríos, E., Rodríguez, L., Vargas, E., & Martínez, L. (2014). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral . *Öe } &ã } Á!ã ææ*
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2007). *Ö^ç áã Á [à|^Áca] ! [ç &ã } ÉQuito: Imagine Comunicación.*
- Chigne, O., Varela, L., & Chávez, H. (2000). Aplicación de Escala de Norton para evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Ü^çã caT ^Áca Ü[&ã áãÁ!^ } æ } æ^Á ^ããæ } ç } æ*
- Danel, P. (2008). Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad . *W^ŠÚ.*
- Docampo, L., Barreto, R., & Santana, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Ü^çã caT &ç [Á . .ãã Á^Áca æ >^.*
- Domínguez, A., & García, J. (2014). Valoración Geriátrica Integral . *Öe } &ã } Á!ã ææ.*
- Domínguez, C. (2012). Envejecimiento y familia. *W } æ^! • æãÁ^Áca & [] } æ*

Ecuador Inmediato. (16 de Febrero de 2010). El envejecimiento poblacional, desafío para Ecuador hacia el 2025. *Óñ Á^/ãããñ ã •ã a } ^/ ã^/Ã&ã ãñ /*.

Espinoza, R., & Unützer, J. (2017). Diagnosis and management of late-life depression. *Wj Vj Öæ^*.

Fernández, J., Parapar, C., & Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Š^&@/ •*.

Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A., & Tomsich, C. (2010). *T^ ã^/•ÁÁ@{ à^/ã^/Á* *Ö&ãñ /Á} /Öãæ /ÖE* Quito: Editorial Ecuador.

Ferrer, A., Formiga, F., Sanz, H., Monserrate, E., & Verges, D. (2014). Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. *Ö^} &ã} Á* *Úiã æãæ*

Fondo de Población de Naciones Unidas [FPNU]. (2012). *Ö} ç^ã&ã ã} ç Á} Á/Áã / ÁÝÖ} ãñ* *&^/à/ãã} /Á} ã^/ãñ* Nueva York: HelpAge International.

Franco, O., Kirkwood, T., Powell, J., Catt, M., Goodwin, J., Ordovás, J., & Ouderaa, F. v. (2007). Diez mandamientos para el futuro de la investigación sobre envejecimiento en el Reino Unido: una visión para la acción. *ÓT ÓÖ^/ããã*.

Gac, H. (12 de Agosto de 2003). *Ö •&^/ãã^Á^ããã ãñ^Ö@^*. Obtenido de <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/inmovilidad>

Gallo, K., & Pachas, C. (2008). Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. *Ü^çã ãñÖ} ^/ { ^/ãá* *P^/ããã} æ*

García, C. (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *T .ãããÖ/ç ãããÖ /} ã^*, 2-3.

Genua, M., Miró, B., Hernanz, R., Martínez, M., Miró, M., & Pardo, C. (2002). Geriatria. En S. E. Hospitalaria, *Öæ{ æããP / •} ããããE* Madrid : SEFH.

Giacoman, C., Funes, D., Guzman, L., & Montiel, T. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Öã / / * / •Á / à^/Áã^ &ãã* , 1-11.

Gutiérrez, L., García, M., Arango, V., & Pérez, M. (2012). *Ö^/ãæ ãñ ãã^/Á .ãã / Áçã ããE* México: Editorial El Manual Moderno.

Heflin, M. (2 de Junio de 2018). *Wj Vj Öæ^* Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?csi=bf19c3e2-5ef6-491d-9286-98c48113f9b6&source=contentShare>

Hernández, Olivares, Carrillo, Tovar, & González. (2015). Prevalencia de trastornos visuales y su relación con la funcionalidad en adultos mayores. *Ü^çã ãñÖ} ãã ãñ^ÁÜ-çñ / / / * ãæ*

INEC. (2012). *Úi / ^/ãã} ^/ ã^/ãã / à/ãã} ã^/ãã /* *gã/ããã / Ö&ãñ / / ÁÇFÈEÉ / E* Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2009). *Ö} &^/ããÜã^ãÉÖ} ^/ããÁ* *Ö} ç^ã&ã ã} ç EÜÖÖÁÇEJE* Quito: INEC.

Miller, T., Saad, P., Martínez, C., & Calvo, J. (4 de Noviembre de 2014). La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. *Ómnibus*, 86(1), 45-60. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud de Chile [Minsal]. (2014). *Último informe de la Encuesta de Salud de Chile*. Santiago de Chile: Editorial de Chile.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*. Quito: MSP.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Bogotá*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Montesinos, S., Valdivieso, E., Galán, M., & Díez, C. (2008). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en población mayor de 65 años. *Ómnibus*, 86(1), 45-60.

Morales, V. (2008). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*. Quito: INEC.

Muñoz, C., Rojas, P., & Marzuca, G. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Ómnibus*, 86(1), 45-60.

Naciones Unidas. (2007). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*. New York: Naciones Unidas.

Nieto, M., & Alonso, L. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Ómnibus*, 86(1), 45-60.

OMS. (2003). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*. Toronto: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2015). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*. Luxemburgo: Editorial de la OMS.

OMS. (8 de Enero de 2015). *Último informe de la Encuesta de Salud de Chile*. Obtenido de http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/

OMS. (1 de Agosto de 2017). *Último informe de la Encuesta de Salud de Chile*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (10 de Septiembre de 2016). *Último informe de la Encuesta de Salud de Chile*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2017). *Ómnibus de la Encuesta de Salud de Chile*.

Organización Panamericana de Salud . (2005). *Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México*. Washington, DC, 1-67.

United Nations. (2015). *Y [|!áÁ[] ~ |æã } ÁÍ[•] ^&• KÁ@Á€FÍ Á^çã ã } È*New York.

Ward, K., & Reuben, D. (5 de Febrero de 2018). *W] V[Öæ^È*Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?csi=c7226810-0cfa-4e9e-a9cd-93aa94356f7c&source=contentShare>

Zuñiga, C., Espinoza, N., & Fernandez, M. (2014). Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. *Ü^çã æÖ) ^!{ ^!çá^!áã) æ*

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de Autorización

Loja, 19 de diciembre del 2016

Párroco Luis Alfredo León Armijos

Director del Centro Geriátrico "San José"

Un saludo cordial y afectuoso en Dios Padre, asegurando de él abundantes bendiciones en su grata tarea diaria.

De mis consideraciones:

Yo, Gabriela Stefania Gaona Cueva con número de cédula 1105684318, alumna del noveno ciclo de la titulación de médico de la Universidad Técnica Particular de Loja, me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida se digne autorizar que yo pueda asistir al centro geriátrico "San José" para culminar con el proyecto de tesis denominado "Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en el centro geriátrico "San José" Loja 2016.

Para que así conste, se firma la presente autorización a los 19 días del mes de diciembre del año 2016.

Atentamente:



P. Párroco Luis Alfredo León Armijos

Director del Centro Geriátrico "San José"



Gabriela Stefania Gaona Cueva

Estudiante de Medicina de la UTPL

ANEXO 2

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 París y Zoilo Rodríguez.

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

En la eventualidad que en el examen se encuentre algún resultado de relevancia clínica, se le entregará esta información y será derivado a una interconsulta médica con el especialista adecuado.

Se realizará la historia clínica del adulto mayor y las escalas geriátricas que permitan realizar la evaluación psicológica, funcional y de riesgos para poder orientar la investigación correctamente.

Beneficios de su participación:

Por medio de los informes de resultados con las recomendaciones pertinentes. Además, a través de este estudio contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos que podrán ser usados para mejorar el diagnóstico de algunas enfermedades o factores de riesgos biológicos en los adultos mayores.

¿Incurriré en algún gasto?

Los exámenes de laboratorio que se realizarán para este estudio serán sin costo para usted y el costo de transporte será reembolsado, siempre y cuando usted sea acompañado por uno de los participantes certificados de este proyecto.

Riesgos y molestias:

Este es un estudio en que los riesgos para su salud son mínimos.

Voluntariedad y Derechos de los participantes:

Usted es libre de aceptar participar en esta investigación médica. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted tiene el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, y revocar el consentimiento informado. Esto no influirá en forma alguna en los cuidados que usted recibe en el centro geriátrico.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos médicos y resultados de los estudios serán parte de la investigación científica y podrán ser usados en publicaciones científicas, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal como: nombre, teléfono, cédula de identidad y dirección.

Preguntas:

Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee a cualquier miembro del equipo de trabajo de este proyecto, en cualquier momento de su participación en el estudio.

Contactos para preguntas acerca del estudio y sus derechos:

Nombre del investigador responsable:

Dra. Tamara Rodríguez Quintana

E-mail: trodriguez3@utpl.edu.ec **Teléfono:** 3701444 **extensión** 3112

No firme este documentó de consentimiento hasta que haya leído toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará una copia de este documento.

Firma: _____

Dra. Tamara Rodríguez Quintana.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Declaración de Consentimiento

- He leído y acepto la invitación para participar en este estudio.
- Se me ha informado los propósitos, riesgos y beneficios de esta investigación médica.
- He recibido una copia firmada de este documento de consentimiento informado para que yo la conserve.
- Yo autorizo al investigador responsable el acceso y uso de los datos médicos obtenidos en esta investigación.
- **No acepto** el uso de un medio de contraste.
- Doy mi consentimiento para participar en este estudio y no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre y apellido del **participante o representante:**

Firma: _____

C.I: _____

ANEXO 4

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (versión abreviada)	
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardíaca/Cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
TOTAL	

Interpretación

0-1: Ausencia de morbilidad

2: Comorbilidad baja

≥ 3: Comorbilidad alta

ANEXO 5

TAMIZAJE RÁPIDO DE CONDICIONES GERIÁTRICAS (Test de Moore)

Marque el casillero correspondiente

PROBLEMA Y ACCIÓN	PROBLEMA PRESENTE	PROBLEMA AUSENTE
VISIÓN 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	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20/40 en la cartilla de Snellen	Respuesta negativa y puede leer < 20/40 en la cartilla de Snellen
AUDICIÓN Susurre al oído ¿me escucha usted?, de ambos lados	No responde	Si responde
MOVILIDAD DE PIERNAS Tome el tiempo luego de pedir al sujeto “levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos	Capaz de completar la tarea en 15 segundos o menos
INCONTINENCIA URINARIA 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?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas	Respuesta negativa a las dos preguntas
NUTRICIÓN Dos partes: 1.- Pregunte: ¿ha perdido peso involuntariamente 4.5kg o 10lb en los últimos 6 meses? 2.- Pese al paciente	Respuesta afirmativa o peso menor de 45.5 kg	Respuesta negativa o peso mayor de 45.5 kg
MEMORIA Mencione 3 objetos: árbol, perro, avión. Al cabo de un minuto pídale que recuerde los tres objetos mencionados	Incapaz de recordar los tres objetos	Capaz de recordar los tres objetos
DEPRESIÓN Pregunte: ¿se siente usted triste o deprimido?	Respuesta afirmativa	Respuesta negativa
INCAPACIDAD FÍSICA 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?	Respuesta negativa a cualquiera de las respuestas	Respuesta positiva a todas las respuestas

ANEXO 6

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

ANEXO 7

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

PUNTAJE: _____

ANEXO 8

ÍNDICE DE LAWTON & BRODY (actividades instrumentales de la vida diaria)	H	M
1 teléfono		
- 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
2 compras		
- 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
3 preparación de la comida		
- 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
4 tareas domésticas		
- 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
5 lavar la ropa		
- Lava sola toda la ropa	-	1
- Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	-	1
- La ropa la tiene que lavar otra persona	-	0
6 transporte		
- 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
7 responsabilidad respecto a la medicación		
- Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
- Toma la medicación sólo si le preparan previamente	0	0
- No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
8 capacidad de utilizar el dinero		
- Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
- Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
- Incapaz de utilizar el dinero	0	0

PUNTAJE: _____

ANEXO 9

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

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



ANEXO 10

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)

ANEXO 11

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

ANEXO 12

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.

ANEXO 13

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