



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN DOS
CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018”

AUTOR:

DR. LUIS EDUARDO HURTADO VALAREZO

DIRECTOR:

DR. YUBEL BATISTA PEREDA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Luis Eduardo Hurtado Valarezo*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

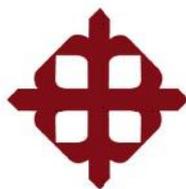
Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

DR. YUBEL BATISTA PEREDA

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, LUIS EDUARDO HURTADO VALAREZO

DECLARO QUE:

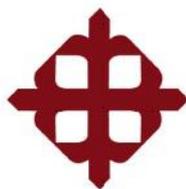
El Trabajo de investigación “*Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

DR. LUIS EDUARDO HURTADO VALAREZO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, LUIS EDUARDO HURTADO VALAREZO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2108”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

DR. LUIS EDUARDO HURTADO VALREZO

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS HURTADO (13-12-18).docx (D45686756)
Submitted: 12/13/2018 2:41:00 PM
Submitted By: luishurtado72@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3499/1/06%20NUT%20145%20TESIS.pdf>
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf?sequen>

Instances where selected sources appear:

5

1 Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la vida y permitirme seguir en este mundo para realizar este trabajo investigativo previo a la obtención de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

2 Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi tutor y jefe de posgrado Dr. Yubel Batista Pereda, por ser un ejemplo de médico a seguir y más que todo por inspirarme a sembrar en mi corazón un espíritu investigativo en bien de la ciencia médica.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018"
ALUMNO: DR. LUIS EDUARDO HURTADO VALAREZO
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

3 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE SUSTENTACIÓN	IX
3 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	X
4 ÍNDICE DE TABLAS	XIII
5 ÍNDICE DE ANEXOS	XV
6 RESUMEN	XVVI
7 ABSTRACT	XVII
8 INTRODUCCIÓN	2
9 EL PROBLEMA.....	7
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	7
9.2 FORMULACIÓN.....	8
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	9
10.1 GENERAL.....	9
10.2 ESPECÍFICOS	9
11 MARCO TEORICO	10
11.1 GENERALIDADES SOBRE GERIATRÍA, GERONTOLOGÍA Y ENVEJECIMIENTO	10
11.1.1 GERIATRÍA	10
11.1.2 GERONTOLOGÍA	10
11.1.3 ENVEJECIMIENTO.	10
11.1.4 ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO.....	10
11.2 CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES EN LA EDAD AVANZADA.....	11
11.3 VARIABLES QUE AFECTAN LA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES.	12
11.4 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR MUNDIALMENTE Y EN EL ECUADOR.....	12
11.5 GUÍAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR	14
11.6 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	15

11.6.1 VALORACIÓN CLÍNICA.....	17
11.6.2 VALORACIÓN FUNCIONAL.....	20
11.6.3 VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL.....	22
11.6.4 VALORACIÓN NUTRICIONAL.....	23
11.6.5 VALORACIÓN SOCIAL.....	25
11.7 GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS.....	25
11.7.1 FRAGILIDAD	26
11.7.2 EL DELIRIUM O ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	27
11.7.3 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	27
11.7.4 LA INCONTINENCIA URINARIA.....	28
11.7.5 LAS CAÍDAS.....	28
11.7.6 LAS IATROGENIAS	29
11.8 CLAVES DE DIAGNÓSTICO POR PROBLEMA.....	29
11.8.1 ASTENIA.....	29
11.8.2 DISFUNCIÓN SEXUAL	30
11.8.3 DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA.....	30
11.8.4 DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL.....	30
11.8.5 DOLOR ABDOMINAL.....	31
11.8.6 DOLOR ARTICULAR.....	31
11.8.7 ESTREÑIMIENTO	31
11.8.8 HIPOTERMIA	31
11.8.9 INSOMNIO.....	32
11.8.10 PÉRDIDA DE PESO	32
11.8.11 RETENCIÓN URINARIA.....	32
11.8.12 EL TEMBLOR	32
11.9 LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	33
11.10 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	35
11.11 FUNDAMENTACIÓN ÉTICA.....	36
12 MÉTODOS.....	38
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	38
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
12.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	38
12.2.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	

.....	39
12.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
12.2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
12.3 VARIABLES.....	41
12.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
14 CONCLUSIONES	55
15 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION	56
16 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
17 ANEXOS	63

4 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y SEXO, EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	43
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	44
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	44
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	45
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	46
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	47
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS PREVALENTES EN DOS CONSULTORIO DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	48
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE DEPENDENCIA EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	49
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL DETERIORO COGNITIVO EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	50
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL ESTADO DE DEPRESIÓN EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	51
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE	

SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	52
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL RIESGO SOCIAL EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	53
TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	54

5 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 2 ENCUESTA.....	64
ANEXO 3 FORMULARIO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR SNS- MSP/HCU-FORM. 057/2010	65
ANEXO 4 ESCALAS GERIATRICAS	66
ANEXO 5 LISTA DE ESCALAS, VARIABLES Y PUNTAJES	67
ANEXO 6 INDICE DE KATZ MODIFICADO	68
ANEXO 7 ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA	69
ANEXO 8 EVALUACION COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO	70
ANEXO 9 ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE MODIFICADA.....	71
ANEXO 10 ESCALA DE VALORACION NUTRICIONAL (MNA)	72
ANEXO 11 ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON	73
ANEXO 12 PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)	74

6 Resumen

Antecedentes: El envejecimiento de la población mundial es un hecho innegable que se está dando ya sea por factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad y la mejora en la expectativa de vida, que da como resultado una población vulnerable de adultos mayores cada vez más numerosa con sus problemas de salud específicos que se necesita conocer para brindar una atención en salud personalizada basada en normas y protocolos de atención geriátrica integral. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectiva, descriptiva y de corte transversal, cuyo procesamiento fue recolectar información a través de una encuesta elaborada por el autor, el formulario 057 del Ministerio de salud pública de atención al adulto mayor con sus respectivas escalas geriátricas y el test de funcionamiento familiar, cuyos datos son llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 22 y los resultados obtenidos se presentan en tablas mediante números y porcentajes. Resultados: Se obtuvo el 54% de sexo masculino, 31% de edades entre 70 y 74 años, 93% de mestizos, 53% del estado civil casado, 87% instrucción primaria, 76% no trabajan, 67% son hipertensos, 29% son frágiles, 52% necesitan cierta ayuda, 86% con ausencia de deterioro cognitivo, 96% sin estado depresivo, 92% con ausencia de riesgo de desnutrición, 77% con riesgo social bajo y el 69% pertenecen a familias funcionales. Conclusiones: Predomina el sexo masculino, el grupo quinquenal de 70-74 años, la etnia mestiza, el estado civil casado, la instrucción primaria, los que no trabajan, la hipertensión es la patología más prevalente, la fragilidad el síndrome geriátrico mayormente encontrado, seguido de importante número de casos de malnutrición por exceso, en la esfera funcional existe importante grado de dependencia, en la esfera psicocognitiva, no hay depresión ni deterioro cognitivo en su gran mayoría, en la valoración nutricional, no hay riesgo de desnutrición, la valoración social es aceptable y finalmente las familias de adultos mayores son funcionales.

Palabras Clave: ENVEJECIMIENTO¹, EVALUACIÓN GERIÁTRICA², ANCIANO³.

7 Abstract

Background: The aging of the world population is an undeniable fact that is occurring either due to factors such as scientific advances, migration, the decrease in the fertility rate and the improvement in life expectancy, which results in a population vulnerable older adults with their specific health problems that need to be known to provide personalized health care based on standards and protocols of comprehensive geriatric care protocols.

Materials and methods: An observational, prospective, descriptive and cross-sectional investigation was carried out, whose processing was to collect information through a survey prepared by the author, form 057 of the Ministry of Public Health of attention to the elderly with their respective geriatric scales and the family functioning test, whose data are taken to an extended database in the statistical program SPSS in its version 22 and the results obtained are presented in tables with numbers and percentages.

Results: 54% were male, 31% were between 70 and 74 years old, 93% were mestizos, 53% marital status was married, 87% were primary school students, 76% did not work, 67% were hypertensive, 29% were fragile, 52% need some help, 86% with absence of cognitive deterioration, 96% without depressive state, 92% with absence of risk of malnutrition, 77% with low social risk and 69% belong to functional families.

Conclusions: The male sex, the five year old group of 70-74 years old, the mestizo ethnic group, married marital status, primary education, those who do not work, hypertension is the most prevalent pathology, frailty, the geriatric syndrome mostly found, predominates. followed by an important number of cases of malnutrition due to excess, in the functional area there is an important degree of dependence, in the psychocognitive sphere, there is no depression or cognitive deterioration in its great majority, in the nutritional assessment, there is no risk of malnutrition, the valuation social is acceptable and finally the families of older adults are functional.

Keywords: AGING¹, GERIATRIC EVALUATION ², AGED³.

8 INTRODUCCIÓN

La geriatría es la ciencia que estudia las enfermedades agudas y crónicas de los pacientes mayores, y se interesa por el conocimiento de la patología del anciano, las variaciones que presenta el organismo de las personas mayores ante los procesos comunes, así como la terapéutica que precisan, ocupándose, además, de la recuperación funcional y la reinserción social de estas personas (1-5). La gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, así como las modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se producen en la senectud (1-5).

Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento podemos decir que es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. (1-5)

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. (1-5) La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. (1-5) Los estilos de vida, geografía en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. (1-5)

Según la OMS, considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. (6) Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. (6) A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (6)

La Constitución de la República de Ecuador (2008) expresa al respecto en sus Artículos 36, 37 y 38 a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad, consideradas personas adultas mayores, su compromiso para asegurar la atención prioritaria, derechos, establecer políticas públicas y programas a favor de este grupo etario, sancionando a quienes incumplieren. (7)

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. (6 y 7) El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (6)

Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. (6) Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. (6) Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. (6)

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más (6). Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo (6). Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. (6)

Ecuador se muestra como un país en plena transición demográfica, de acuerdo al CENSO 2015 sobre proyecciones poblacionales elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), la población de adultos mayores va creciendo, así pues en el 2010 represento el 9,33% (1401486) del total de ciudadanos (15012228), para el 2017 representa el 10,52% (1766054) del total (16776977) y para el 2020 se prevé el 11,17% (1956347) del total

estimado (17510643). (8)

Pascuales es una parroquia del cantón Guayaquil ubicada al norte de la ciudad, dividida en área urbana y rural, cuya población adulta mayor según datos del INEC en el 2015 representó el 6,3% de la población total de esta parroquia. (8) El Distrito de Salud 09D07, representado por el Centro de Salud Pascuales, tiene a cargo esta parroquia y es en este centro de salud y en particular en los consultorios C y D de Medicina Familiar y Comunitaria donde se realizara este estudio sobre los adultos mayores. (9)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social a través del gobierno de la Revolución Ciudadana implementa políticas públicas basadas en la defensa de los Derechos y el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. En nuestro país existen 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres. (10-12)

En este período de vida, existen mayores limitaciones para acceder a recursos de subsistencia y se incrementan las necesidades de atención. (10)

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria, garante del cumplimiento de los derechos de salud de la población ecuatoriana, incorpora desde el año 2007, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que se define como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de la salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.(13) El modelo al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales). (13)

Visualizado así este escenario y en cumplimiento de esta función, el Ministerio de Salud Pública entrega en el 2008 las “GUIAS GERONTO-GERIATRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA”, documento que permite fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores. (14) Seguido a esto en el 2010, el MSP edita las “NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES”, como instrumento técnico, científico, ético y legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. (7)

Por tanto estas guías y protocolos, enfatizan por las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, en la aplicación de un sistema especial de valoración. (7 y 14)

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía. (15-18)

La Valoración Geriátrica Integral, comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), valoración funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente (15 y 18).

Si bien es cierto, la Valoración Geriátrica Integral requiere de un equipo multidisciplinario, formado por el médico, la enfermera, la trabajadora social, el psicólogo y demás especialistas de la medicina, cuyo funcionamiento exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros, cumpliendo con los objetivos específicos de acuerdo a las características del centro y del nivel asistencial en el que trabajen. (14-18)

El médico de familia en el ámbito de la atención primaria, es el primer receptor de los problemas del adulto mayor y por tanto ha de tener la capacidad de reconocer la problemática de salud del anciano para intervenir preventivamente. (17)

A pesar de las limitaciones en tiempo y otros recursos disponibles, es posible realizar una valoración integral del adulto mayor y proporcionar una atención adecuada y de óptima calidad, y adicionalmente obtener los beneficios de la valoración geriátrica integral en el ámbito de la atención primaria. (17)

La valoración geriátrica integral se basa en cuatro dominios (valoración clínica, valoración funcional, valoración mental y valoración socio familiar) que los médicos de la atención primaria deben dominar para obtener la evaluación global del anciano en la primera consulta. Estos cuatro dominios agrupan los motivos de consulta más frecuentes de los ancianos y cubren los factores de riesgo que más afectan su calidad de vida. (14-18)

La presente investigación acerca de la evaluación integral de la salud geriátrica en la población de los consultorios C y D de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales hará énfasis en la valoración de esos cuatro dominios para dar el seguimiento oportuno a las situaciones encontradas en lo que respecta al primer nivel de atención en salud.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Ante factores como los avances científicos, la migración, la disminución en la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, nos pone frente a una población que envejece con mayor rapidez, aumentando su demanda y obligando a la incorporación de atención especializada en este grupo de edad en el sistema institucional. (14-17)

La atención del anciano requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. (14-17)

Si bien ya existen en el país guías y normas para la atención al adulto mayor, de manera general no se están aplicando en bien de este grupo vulnerable. En particular en el Centro de Salud Pascuales, no se tienen muchos estudios al respecto, salvándose unos dos a tres realizados el año anterior por los posgradistas de la primera cohorte que rotaron por este centro de salud.

Entendiendo esto, es importante que los médicos familiares centren también su atención a este grupo poblacional, favoreciendo el envejecimiento saludable y detectando e interviniendo tempranamente sobre los problemas de salud encontrados. Con ello se trata de evitar el deterioro físico y funcional que conlleva a una situación de dependencia, sin olvidar que la prevención constituye uno de los pilares fundamentales en la atención del adulto mayor.

El estudio de esta investigación dará a conocer las debilidades y fortalezas de este grupo de edad y permitirá desarrollar estrategias de intervención oportunas.

9.2 Formulación

Este estudio intenta resolver ¿Cuál es el estado de salud integral de la población geriátrica de los consultorios C y D de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales en el periodo de enero 2018 a octubre 2018?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Describir el estado de salud integral del adulto mayor en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales en el año 2018.

10.2 Específicos

Caracterizar la población en estudio de acuerdo a las variables socio-demográficas y clínicas.

Identificar los grandes síndromes geriátricos en los adultos mayores.

Calificar el nivel de dependencia, deterioro cognitivo, depresión, riesgo de desnutrición y riesgo social.

Determinar el funcionamiento familiar en las familias con adultos mayores

11 MARCO TEORICO

11.1 Generalidades sobre Geriatria, Gerontología y Envejecimiento

11.1.1 Geriatria

Es la ciencia que estudia las enfermedades agudas y crónicas de los pacientes mayores, y se interesa por el conocimiento de la patología del anciano, las variaciones que presenta el organismo de las personas mayores ante los procesos comunes, así como la terapéutica que precisan, ocupándose además, de la recuperación funcional y la reinserción social de estas personas. (1-5)

11.1.2 Gerontología

Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento. El conocimiento de la misma permite concebir la vejez como una etapa de la vida en que acontecen diversos fenómenos fisiológicos, psicológicos y sociales que la caracterizan y diferencian dentro del ciclo vital. (1-5)

11.1.3 Envejecimiento.

Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento podemos decir que es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparece como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. (1-5)

11.1.4 Envejecimiento fisiológico y patológico

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia. Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de

envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico. (14-18)

11.2 Cambios estructurales y funcionales en la edad avanzada

En el envejecimiento veremos cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y psicológicos producto de una relación entre el funcionamiento a través del tiempo y factores externos ambientales y ecológicos. (1-5) (14-18)

A nivel de aparatos se dan cambios anatómicos y funcionales, como la disminución de la capacidad de regeneración del tejido conjuntivo, lo que conlleva a disminución de la elasticidad tisular, pérdida de la grasa subcutánea, pérdida de la untuosidad de la piel y el cabello y deshidratación de la piel con aparición de arrugas; hay disminución de la reserva cardíaca lo que predispone a situaciones de hipotensión postural; un descenso en la respuesta del centro termorregulador, con aumento de la susceptibilidad al frío; a nivel respiratorio hay disminución de la capacidad vital, del FEV Y FEM, aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración; la disminución funcional del sistema renal, con decremento del aclaramiento de creatinina y aumento de la sensibilidad a la toxicidad renal y general de los fármacos, trastornos en el tono y vaciamiento vesical; aumento del tamaño prostático en el hombre; atrofia vaginal y sus consecuencias en la esfera sexual, así como disfunción eréctil de diferentes grados; en el aparato gastrointestinal hay desde pérdida de la dentadura, atrofia del aparato salivar hasta reflujo esofágico, disfagia y metaplasia intestinal; en el sistema endocrino resistencia a la insulina como disminución general hormonal; los cambios degenerativos en el sistema osteomuscular con pérdida de la masa muscular e incremento de la desmineralización ósea, que favorecen la osteoporosis, la artrosis y la mayor sensibilidad a las fracturas tras las caídas. Los cambios neurosensoriales disminuyen las funciones perceptivas visuales y auditivas. La presbiacusia y la presbicia conducen respectivamente, a descensos de la agudeza auditiva y visual, esta última en especial a la nocturna. El aumento de la sensibilidad del sistema nervioso central origina el inicio de enfermedades caracterizadas por deterioro cognitivo y afectivo, hay pérdida

paulatina de la memoria, enfermedades ligadas a neurotransmisores como el Parkinson, Alzheimer; en el sistema inmune hay baja de las defensas. (1-5) (14-18)

11.3 Variables que afectan la presentación de la enfermedad en los adultos mayores.

Entre las variables que afectan la presentación de la enfermedad en los adultos mayores tenemos: la co-morbilidad, la insuficiencia orgánica múltiple, la presentación de un problema psicológico o social, el uso indiscriminado de medicamentos, causas diversas del mismo síntoma, la presentación atípica de las enfermedades y la presentación tardía de cierta sintomatología, que denota la existencia de una neoplasia avanzada. (14-18)

11.4 Situación del Adulto Mayor Mundialmente y en el Ecuador

El presente siglo se ve influenciado por el aumento considerable de la población adulta mayor a nivel mundial, debido al aumento de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la tasa de fecundidad, reducción de la mortalidad, migración y los avances tecnológicos que han permitido el tratamiento de enfermedades típicas de la senectud. Esto implica que en la sociedad se está dando una dimensión diferente ya que el equilibrio demográfico se inclina a favor de los adultos mayores, por lo que se somete a prueba el orden político, económico, social y cultural de las comunidades. (7 y 9).

En América Latina y Ecuador se está suscitando de una manera acelerada lo que se conoce como envejecimiento demográfico que sucede en todas las poblaciones con mayor o menor desarrollo tecnológico. Esto conlleva a la larga historia de vida de los adultos mayores que han tenido que enfrentar muchas situaciones, siendo protagonistas de interacciones familiares, sociales y laborales. A pesar de todo esto, los adultos mayores continúan proyectándose al futuro, entendiendo el mundo de hoy, integrándose en él de manera activa y aplicando sus saberes en las acciones que realiza. Resulta

necesario tener en cuenta que lo primordial es mantener al adulto mayor en actividad, tanto físico como mental, alejar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia. (7 y 9)

En el Ecuador de acuerdo al CENSO 2015 sobre proyecciones poblacionales elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), la población de adultos mayores va creciendo, así pues en el 2010 represento el 9,33% (1401486) del total de ciudadanos (15012228), para el 2017 representa el 10,52% (1766054) del total (16776977) y para el 2020 se prevé el 11,17% (1956347) del total estimado (17510643). (8)

Las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en el Ecuador, son en su mayoría deficitarias. Se estima que el 57.4 % corresponde a 537.421 personas, que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Las personas adultas mayores en Ecuador, tienen un modesto nivel educativo; solo el 13 % de los hombres y el 11 % de las mujeres ha completado la secundaria. (19)

En el país solamente el 54 % de los adultos mayores han completado el ciclo primario y básico. Para las personas adultas mayores, la tasa de mortalidad en el período 2005 - 2010 fue de 38 por mil para mujeres, y 44 por mil para los hombres. Actualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. El 68 % de las personas adultas se declaran propietarios de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas (14). El 20% de las personas adultas mayores residen en viviendas en condiciones precarias, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios. El 3 % de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. El 75 % de la población mayor a 65 años no cuentan con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23 % de la población con 60 años o más, está afiliado al Instituto de Seguridad Social. El 14.70 % de adultos mayores fue víctima de insultos y el 14.9 % víctimas de negligencia y abandono. Hasta agosto de 2012, 579.172 adultos mayores accedían a la pensión de 35 dólares del Bono de Desarrollo Humano para adultos mayores. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares. (8%). (19)

El envejecimiento de la población en el Ecuador, se considera como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad donde una parte creciente de la población sobrevive hasta edades avanzadas y además que, con la caída de la fecundidad se ha reducido la proporción de niños y jóvenes, esto se traduce en un proceso inminente de envejecimiento poblacional en el país. Dado que, a nivel nacional en el Ecuador, se ha comenzado a tomar conciencia de esta situación y los datos estadísticos que demuestran el aumento de la población adulta mayor y de los problemas que viven, es que se están generando políticas públicas que están a favor de este grupo social que demográficamente adquiere relevancia. El objetivo central de estas políticas es integrar al adulto mayor a la sociedad, vinculándolo a actividades que les son ofrecidas por el Estado. Así, por ejemplo, se ha estimulado durante los últimos años, la recreación, el deporte, el turismo, especialmente el de salud, los cuales están dados principalmente para lograr que las personas mayores puedan integrarse a la sociedad dignamente, ocupar de buen modo y si tienen recursos, su tiempo libre. (19)

11.5 Guías, Normas y Protocolos de atención al adulto mayor

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria, garante del cumplimiento de los derechos de salud de la población ecuatoriana, incorpora desde el año 2007, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que se define como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de la salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (13) El modelo al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales). (13)

Visualizado así este escenario y en cumplimiento de esta función, el Ministerio de Salud Pública entrega en el 2008 las “GUIAS GERONTO-

GERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA”, documento que permite fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores (14). Seguido a esto en el 2010, el MSP edita las “NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES”, como instrumento técnico, científico, ético y legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. (7)

11.6 Valoración Geriátrica Integral.

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La valoración geriátrica integral (VGI) surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración tradicional (anamnesis y exploración física). (1-5 y 14-18)

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y en definitiva, calidad de vida. (14-18)

La aplicación de la evaluación geriátrica en la atención primaria, tiene como principal problema el tiempo que se precisa para su realización, además de la exhaustividad de la valoración y a quién realizarla, por tanto se aconseja la ejecución del cribado, según la edad, de situaciones que tienen una especial relevancia en la salud de los ancianos. De esta forma se constituye una metodología de valoración geriátrica basada en el cribado de condiciones específicas de riesgo y no en la detección de individuos con un riesgo global para diversos eventos. (1-5 y 14-18)

La evaluación geriátrica deberá hacer énfasis en la búsqueda de:

- 1.- Enfermedades relevantes
- 2.- Toda la medicación actual, efectos e indicaciones.
- 3.- Síntomas actuales y su impacto en la funcionalidad.
- 4.- Cambios de vida recientes y planeados.
- 5.- Medición objetiva del estado funcional.
- 6.- Medición objetiva del estado mental.
- 7.- Estado emocional y motivación personal.
- 8.- Medición objetiva de la marcha y el equilibrio.
- 9.- Medición objetiva del estado nutricional y necesidades.

Además debe incluir información sobre:

- 10.- situación familiar y posibilidad de apoyo.
- 11.- Situación actual del cuidador, su actividad y problemas.
- 12.- Potencial de rehabilitación y pronóstico.
- 13.- Rastreo preventivo y mantenimiento de la salud.
- 14.- Actividades que promuevan la salud.
- 15.- Que profesionales de la salud deben involucrarse. (2)

La valoración geriátrica integral comprende la valoración clínica, la valoración funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente. (14-18)

11.6.1 Valoración clínica.

La valoración clínica de la persona mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas físico-clínicos con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda. (14-18)

La atención de salud de la persona mayor en la unidad de salud incluirá la apertura de la historia clínica utilizando el formulario único 057 del MSP para la atención del adulto mayor. Es la primera intervención dentro del continuo asistencial y progresivo, que permite aplicar la VGI (Primera consulta) (7 y 14).

La historia clínica sigue siendo la herramienta más útil para identificar el estado clínico del paciente anciano. Es importante pesquisar las patologías más prevalentes en este grupo de edad como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, artrosis, osteoporosis, hipertrofia prostática, alteraciones visuales y auditivas. La pluripatología presente en muchos viejos, la polifarmacia, y el desconocimiento por parte del personal de salud y de los pacientes acerca de las características normales del envejecimiento dificultan la obtención de una historia clínica adecuada. Para este dominio es útil tener en mente los denominados síndromes geriátricos que tienen consecuencias importantes que suelen ser el primer signo de alarma que alerte al médico en atención primaria sobre la necesidad de buscar cuidado especializado para el paciente. (2 y 17)

La esfera clínica es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad. Debe incluir: entrevista clínica clásica añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos, historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas. (1-3 y 17-18)

Anamnesis

En la anamnesis existen factores que dificultan la entrevista clínica y la hacen más laboriosa, como dificultades en la comunicación secundaria a déficit sensoriales, deterioro cognitivo, lentitud psicomotriz; descripción vaga de síntomas; múltiples quejas. (1 y 18)

La anamnesis deberá incluir:

- 1.- Antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centro sociosanitarios, intervenciones quirúrgicas, etc, determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental.
- 2.- Revisión por aparatos y síntomas, que nos encaminará a la detección de los grandes síndromes geriátricos.
- 3.- Historia farmacológica completa y actualizada para poder detectar síntomas y signos relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados.
- 4.- Historia nutricional. Interrogaremos acerca de la dieta habitual, número de comidas al día, número de alimentos por comida, dietas prescritas.
- 5.- información sobre la enfermedad actual.(1-5)

Exploración física

No difiere de la realizada en el adulto, pero se demora más debido al mayor número de hallazgos exploratorios. En primer lugar procederemos a la inspección general, aspecto, cuidado, aseo, colaboración en la exploración. Posteriormente determinamos las constantes vitales y pasaremos a realizar la exploración física siguiendo un orden topográfico:

- 1.- Cabeza. Evaluar arterias temporales, boca (estado dentario, prótesis dentales, presencia de micosis oral, tumoraciones), pares craneales, ojos (ectropión/entropión, cataratas)

- 2.- Cuello. Es importante explorar la existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.
- 3.- Tórax. La exploración incluye la auscultación cardíaca y pulmonar, la existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y en la palpación de mamas.
- 4.- Abdomen. Inspección, palpación, percusión y auscultación.
- 5.- tacto rectal para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
- 6.- Extremidades. Valorar la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones y deformidades articulares.
- 7.- Neurológico. Estudiar la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad. No hay que olvidar valorar la presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.
- 8.- Piel. Buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia. (1-5)

Exploraciones complementarias

En una valoración inicial se solicitarán hemograma, ionograma, bioquímica (glucemia, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, albumina, fosfatasa alcalina), sedimento de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen. En estudio de demencia añadiremos la petición de serología de lúes, vitamina B12, ácido fólico y TSH. (2-3)

No debemos olvidar que algunas de las exploraciones complementarias, como el enema opaco, gastroscopía, colonoscopia, broncoscopia, arteriografía y tomografía, requieren la firma de consentimiento informado previa explicación al paciente de los riesgos y beneficios de la prueba que se va a realizar. (17-18)

11.6.2 Valoración funcional

La capacidad funcional es la habilidad de un individuo para actuar y funcionar en la vida diaria, con autonomía e independencia. (14)

La autonomía se define como el grado en que hombre y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo, esto implica tomar las decisiones propias, asumir las consecuencias y responsabilidades. (14)

La independencia se refiere a la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la cotidianidad, en un amplio rango de complejidad, sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia. (7 y 14)

La valoración funcional es el proceso que se utiliza para recoger información sobre la capacidad del anciano de llevar a cabo sus actividades habituales de manera independiente; es la evaluación de cómo el anciano se maneja día a día y quizás el desarrollo de estrategias para conservar su calidad de vida. (2)

Una valoración funcional adecuada debe incluir evaluar las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia-aseo); y las actividades instrumentales de la vida diaria (labores del hogar como cocinar, lavar ropa y limpieza; actividades relacionadas con la utilización de transporte y compras; y actividades cognitivas que incluyen manejo del dinero, cuentas, teléfono, administración de medicamentos); las cuales son necesarias para la supervivencia de un individuo solo, en la comunidad y en su medio. El tercer dominio incluye la capacidad de movilidad y se refiere a la funcionalidad de las extremidades inferiores para moverse, en esta área se evalúan: marcha, paso, balance de pie y sentado, así como la habilidad para trasladarse y subir escalones, esta parte de la evaluación puede incluir la fuerza y resistencia muscular, así como el tipo de paso.(14-17)

Entonces la evaluación de los componentes físicos de la funcionalidad en los adultos mayores requiere de escalas o herramientas que evalúan las

actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la movilidad, la marcha y el equilibrio. (2 y 17)

Para la aplicación de estas escalas no se necesitan recursos especiales, se requiere la participación activa del adulto mayor, sus cuidadores y sus familiares para poder evaluar las actividades que es capaz de realizar el paciente dentro y fuera de su domicilio. (17)

Las escalas que podemos utilizar son:

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentarse. Para la evaluación de estas actividades se utilizara el Índice de Katz modificado (Anexo 6), la cual es una escala cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Si bien esta escala es útil, evalúa actividades que solo afectan en pacientes con compromiso grave de su reserva funcional y tiene poca sensibilidad para medir pequeños cambios en cada una de las actividades.(2)
2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, capacidad para realizar las tareas domésticas. Para la evaluación de estas actividades instrumentales se utilizara la Escala de Lawton y Brody modificada (Anexo 7), la cual es una escala capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el Índice de Katz.(2)
3. Escala de Tinetti para el equilibrio y la marcha: una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio. Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario y observar su balance en la posición de sentados. Para ejecutar la marcha se requiere de integridad articular, coordinación neuromuscular e integridad de las aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares.(17)

11.6.3 Valoración del estado mental y emocional

Durante el envejecimiento, los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, siendo prioritarios la depresión y los trastornos cognitivos que corresponden respectivamente a la esfera cognitiva y afectiva y son las causantes de la fragilidad cognitiva en el adulto mayor. (1-3)

Esta fragilidad cognitiva depende de:

- 1) Variables orgánicas
- 2) Factores psicosociales
- 3) Entidades clínicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular, enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC, polifarmacia y alteraciones de los sentidos.(14)

En cuanto a la fragilidad afectiva se incluyen:

- 1) Factores biológicos, como antecedentes familiares, cambios por la edad, sexo y raza.
- 2) Factores médicos, como enfermedad cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, neoplasias, etc.
- 3) Factores funcionales, que al interactuar con la depresión conducen a un pronóstico negativo.
- 4) Factores psíquicos, como episodios depresivos, alcoholismo, ansiedad y demencia.
- 5) Factores sociales, tales como viudez, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.(17-18)

La evaluación objetiva del funcionamiento cognoscitivo y del estado de ánimo, es un elemento esencial tanto para el diagnóstico como para el manejo de los pacientes geriátricos. En la práctica clínica la demanda de atención exige tener acceso a instrumentos más fáciles de manejar. Los instrumentos de tamizaje neuropsicológicos son empleados para valorar

en forma rápida y breve un amplio espectro de funciones cognitivas, su manejo no requiere de un entrenamiento especializado. (2-3)

Las herramientas para la valoración psíquica son:

- 1) El mini examen del Estado Mental (MMSE) Modificado (Anexo 8). Este instrumento es útil para el tamizaje de déficit cognitivo, aunque no es un instrumento de diagnóstico,
- 2) La Escala Pfeiffer. Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente.
- 3) La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada) (Anexo 9). Este instrumento es útil para el tamizaje del estado de depresión y también para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.(14-18)

11.6.4 Valoración Nutricional

La alimentación juega un papel importante durante el ciclo de vida, ejerce cambios en diferentes funciones orgánicas que están relacionadas con la selección y frecuencia de consumo de determinados alimentos y bebidas. (21)

La valoración clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, los cambios en la ingesta, los cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo. (14-18)

De esta forma una evaluación del estado nutricional completa debe incluir:

- . Antropometría
- . Parámetros hematológicos
- . Parámetros bioquímicos (14)

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. (14)

En la valoración nutricional, es importante investigar sobre:

Alteraciones de la cavidad oral: dientes faltantes, flojos o deteriorados o dentaduras que no se ajustan bien y/o causan lesiones en la boca, o producen dificultad para comer.(2)

Enfermedad: cualquier enfermedad o condición crónica que altere la manera de alimentarse del paciente, como por ejemplo trastornos de la memoria, harán difícil recordar si comió o que comió; trastornos depresivos alteran el apetito, digestión, nivel de energía, peso y bienestar.(2)

Alimentación inadecuada: comer poco o mucho afecta la salud.

Situación económica: la persona con ingresos bajos para adquirir los alimentos básicos, posiblemente esté en riesgo de desnutrición.

Reducción de contacto social: la persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación.

Excesivo consumo de medicamentos: los cuales pueden provocar por sus variados efectos secundarios, alteraciones del gusto, falta de apetito, epigastralgias, náuseas y otros.(2 y 21)

Para el tamizaje del estado nutricional del adulto mayor, se recomienda hacer el Mini-Examen del Estado Nutricional (Anexo 10), que nos sirve como indicador para la identificación de personas con factores de riesgo. Puede hacerse en el entorno comunitario y también orientarse hacia aquellas personas mayores con discapacidad y dependencia funcional. (14-18)

11.6.5 Valoración social

La valoración social geriátrica se ocupa de la relación que existe entre la persona mayor y su entorno (medio social en que se desenvuelve), estableciendo la vía para que los sistemas de apoyo social se utilicen de forma adecuada (10).

La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores con los que se cuenta el individuo para su bienestar, identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial. La evaluación socio familiar permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo (11).

La valoración socio familiar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la continuidad de la atención. Se recomienda que en el centro de salud se utilice una entrevista sistematizada o un instrumento que, tomando en cuenta las realidades nacionales y locales, busque los factores de riesgo y situaciones sociales de las personas mayores. Al respecto la Escala de valoración social Gijón (Anexo 11) nos será de mucha utilidad (11).

11.7 Grandes síndromes geriátricos

La identificación de patrones es una de las estrategias utilizadas con más frecuencia por el médico para la evaluación clínica de un paciente, y establecer un diagnóstico que lo lleve a formular propuestas de intervención o tratamiento. En este sentido, los síndromes han servido para agrupar manifestaciones e identificarlas con determinadas patologías. (1-2)

El síndrome geriátrico se refiere a una condición de salud multifactorial que ocurre cuando el efecto acumulado de alteraciones en múltiples sistemas, hacen a la persona mayor vulnerable a cualquier desafío situacional y poseen consideraciones clínicas especiales. (1-5 y 14-18)

En un síndrome geriátrico dado, hay numerosos factores de riesgo y están comprometidos múltiples órganos y sistemas; de ahí la importancia del manejo de las personas adultas dentro de esta clasificación, que no

necesariamente responde a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10. (14)

Los síndromes geriátricos se consideraban como entidades cuya frecuencia se incrementaba conforme avanzaba la edad, sin embargo, en los últimos años su conceptualización se ha vuelto más compleja. Se definen como un conjunto de causas o factores que desembocan en una sola manifestación. Un ejemplo de lo anterior son las caídas: los adultos mayores suelen caerse con mayor frecuencia que los adultos más jóvenes, además de que la causa suele ser multifactorial; un adulto joven, se suele caer por un accidente, en el caso de los ancianos la causa de la caída puede ser resultado de la interacción entre déficit visual, disminución de la masa muscular, disminución de la atención (ya sea por deterioro cognoscitivo o depresión), mala condición física, entre otras. Adicionalmente, los síndromes geriátricos también tienen desenlaces comunes e interactúan entre sí mismos. (1-5 y 14-18)

Entre los grandes síndromes geriátricos tenemos:

11.7.1 Fragilidad

Es referida como un umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla. Es decir es la disminución de la homeostasis y estaría relacionada con múltiples factores (biológicos, genéticos, hábitos y estilos de vida, enfermedades crónicas y condiciones psicosociales. La manifestación clínica de todo este proceso sería el inicio de la discapacidad. (14-18)

El reconocimiento de marcadores que nos permitan la detección del paciente frágil cobra una gran relevancia en la asistencia geriátrica actual. Estos criterios pueden ser: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, cansancio (baja resistencia), lentitud de la marcha y nivel bajo de actividad física.(14)

Los factores de riesgo son : mayor de 80 años, vivir solo, viudez menor a un año, comorbilidades, ingreso hospitalario en los 12 últimos meses, incapacidad funcional, deterioro cognitivo y depresión.(14)

Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado a la fecha son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisado.(14)

11.7.2 El delirium o estado confusional agudo

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante y reversible. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad somática aguda, considerada urgente en Geriatria. Puede ser la forma clínica de presentación de enfermedades graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. (14-18)

La evolución es variable, la recuperación depende de un diagnóstico rápido y correcto así como de un tratamiento precoz. El estado confusional agudo se caracteriza por su reversibilidad, aunque existe un porcentaje de casos que no revierten la situación.(14)

11.7.3 Las úlceras por presión

Son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, se presentan por inmovilidad y su manejo adecuado representa un índice de calidad asistencial. (14-18)

Disminuir la presión y la fricción de las áreas de rozamiento es fundamental para prevenir y tratar las úlceras. Un solo día de manejo inadecuado es suficiente para la formación de las úlceras. El tratamiento debe ser

individualizado de acuerdo a las condiciones físicas, psicosociales y ambientales. Se estima que el 95% de las úlceras por presión son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la actuación preventiva como prioridad principal. (14)

11.7.4 La incontinencia urinaria

Es la incapacidad para controlar la micción. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. A menudo, se debe a cambios específicos en la función del cuerpo como consecuencia de enfermedades, la toma de medicamentos y/o inicio de una enfermedad. Algunas veces es el primer y único síntoma de infección del tracto urinario. La prevalencia de la incontinencia urinaria es mayor en mujeres que en hombres en adultos con edades entre los 50 y 75 años. En edades avanzadas, la prevalencia no varía con la edad. Entre 15% y 30% de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para caídas. (14-18)

11.7.5 Las caídas

Constituyen un evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo, constituye uno de los grandes Síndromes geriátricos, que pueden provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves hasta muy severas. Se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye, posiblemente por restricción de la actividad física. El 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año, siendo más frecuente en mujeres. La incidencia reportada de caídas en adultos mayores institucionalizados se eleva hasta 50%, con consecuencias graves en 17% de ellos. Las caídas se constituyen en un marcador de fragilidad. Se ha comprobado que los adultos Mayores frágiles se caen más frecuentemente que los no frágiles (52% vs. 17%), aunque las

consecuencias de las caídas son más graves en estos últimos. Los accidentes son la 5ª causa de muerte en las personas adultas mayores, el 70% de los accidentes son por caídas. (7 y 14)

11.7.6 Las iatrogenias

Son más frecuentes en el anciano por falta de información del médico, por automedicación y por incumplimiento de la prescripción. El 10% de los ingresos hospitalarios de ancianos se debe a las reacciones adversas a los medicamentos y el 50% de los accidentes que ocurren en ancianos se debe a las drogas. La poli patología, las alteraciones cognitivas y de los órganos de los sentidos y los cambios relacionados con la edad que afectan el metabolismo de los medicamentos obligan a un estudio detallado de la farmacología. El médico al prescribir medicamentos debe tener presente el fin terapéutico, la calidad de vida y los posibles efectos adversos, y su conocimiento es fundamental para la atención de ancianos. El consumo de medicamentos se duplica en relación al adulto joven, y se debe investigar la administración de medicamentos sin prescripción médica, otros prescritos por varios especialistas y productos naturales que pueden presentar reacciones adversas. (14-18)

11.8 Claves de diagnóstico por problema

A continuación mencionaremos los puntos clave a tener en cuenta en las principales manifestaciones clínicas por las que suelen consultar los adultos mayores.

11.8.1 Astenia

La sensación subjetiva de debilidad es un síntoma común y frecuente en el adulto mayor. Muchas veces este síntoma se atribuye erróneamente al proceso de envejecimiento. Numerosas patologías pueden ser su origen y por

esta razón una evaluación clínica cuidadosa se impone. Investigue eventos vitales recientes y significativos.(7 y 14)

11.8.2 Disfunción sexual

El hombre y la mujer son diferentes con relación a su demanda y respuesta sexual. La causa más frecuente de disminución de actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil y en la mujer es la falta de lubricación vaginal en la postmenopausia. En todos los casos es necesaria una evaluación especializada por un urólogo o ginecólogo.(7 y 14)

11.8.3 Disminución de la agudeza auditiva

Es la disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada y severa, determinada por el número de decibeles necesarios para percibir un sonido, así de 20 a 40 decibeles se considera hipoacusia leve y de 80 a 120 decibeles hipoacusia profunda. La sordera no solo afecta la capacidad de comunicación, sino además contribuye al aislamiento, la depresión y la dependencia. La disminución de la audición pasa desapercibida mucho tiempo. Luego de remover un tapón de cerumen se debe evaluar otras causas de sordera. (7 y 14)

11.8.4 Disminución de la agudeza visual

Se habla de deficiencia visual en el adulto mayor cuando la valoración clínica de la agudeza visual esta disminuida por debajo de 20/40. Perdida de la visión parcial o total unilateral que progresa en horas sospechar en desprendimiento de la retina. Disminución brusca y bilateral de la visión sospechar un evento cerebro vascular. Al observar la opacidad del cristalino sospechar en catarata. La identificación y referencia a tiempo de las principales enfermedades oculares evitan hasta en un 50% el desarrollo de ceguera. (7 y 14)

11.8.5 Dolor abdominal

Es la manifestación subjetiva más frecuente de los trastornos abdominales y es de vital importancia su abordaje temprano y acucioso, por su asociación a un cuadro de abdomen agudo, ya que el tratamiento temprano tiene relación directa con un mejor pronóstico para el paciente. El dolor abdominal en el adulto mayor no solamente es manifestación de patología gastrointestinal, también puede ser expresión de patología extra-abdominal, como una oclusión coronaria, uremia y porfiria que dan todas estas dolor epigástrico. (7 y 14)

11.8.6 Dolor articular

Sensación subjetiva desagradable localizada en las articulaciones y que puede ir i no acompañada de proceso inflamatorio. Evitar el uso de aines en forma crónica y valorar cuidadosamente su uso en forma aguda. El diagnostico del origen de una monoartritis debe ser realizado de forma expedita. (7 y 14)

11.8.7 Estreñimiento

Se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas o infrecuentes (menso de dos deposiciones a la semana). Siempre descartar problema obstructivo y hacer un tacto rectal antes de iniciar cualquier tratamiento. Evitar en la medida los laxantes estimulantes. Tratar la impactación fecal de manera enérgica. En el estreñimiento de inicio reciente descartar una tumoración.(7 y 14)

11.8.8 Hipotermia

Condición clínica secundaria a una temperatura inferior a 35 grados centígrados. En ancianos frágiles la hipotermia puede ocurrir sin necesidad de temperaturas ambientales extremas. Una temperatura menor a 32 grados centígrados requiere manejo en unidad de cuidados intensivos.(7 y 14)

11.8.9 Insomnio

Es una alteración en el patrón de sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y comportamientos anormales relacionados con el mismo. Los despertares nocturnos son más frecuentes y prolongados en las personas de edad. No debe pasar por alto la presencia de depresión como causa principal del problema. El insomnio es un síntoma con múltiples causas y requiere diferentes tratamientos. El apnea obstructiva es una causa potencialmente severa y tratable de somnolencia diurna. (7 y 14)

11.8.10 Pérdida de peso

En el anciano es un trastorno que puede considerarse normal por alteraciones del envejecimiento, dependiendo de la cuantía y el tiempo puede ser causa de varias enfermedades que debemos investigar. La pérdida de peso suele ser recuperable. La intervención de un Nutriólogo es necesaria cuando la afectación nutricional es importante. La depresión, la diabetes mellitus y el hipertiroidismo son diagnósticos importantes que deben tomarse en cuenta.(7 y 14)

11.8.11 Retención urinaria

La retención aguda de orina constituye una urgencia urológica y cuando no se trata adecuadamente, puede conducir hacia la falla renal irreversible. Aunque las causas obstructivas son frecuentes, los fármacos son otra posibilidad. A nivel primario el objetivo es evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura.(7 y 14)

11.8.12 El temblor

Se define como movimientos musculares involuntarios de tipo oscilatorio, rítmicos que resultan de la contracción alternada de grupos musculares opuestos. El temblor esencial es la causa más frecuente y generalmente es benigno. Solamente si hay alteración funcional se debe dar tratamiento.

Incentivar las terapias física y ocupacional para mantener la movilidad. (7 y 14)

11.9 La familia y el adulto mayor

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento, la problemática familiar se hace compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos (20-22).

De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Abordar la problemática del envejecimiento como proceso, demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década (20-22).

Que importante es el apoyo familiar para un adulto mayor, en especial si es dependiente. Cuidar una persona mayor dependiente significa ayudarlo, respondiendo a sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez. (23-25)

Ser cuidador implica responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo: higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.; decidir donde y cuando deben invertirse los esfuerzos y recursos personales y económicos; tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado. (23-25)

El individuo de 65 años o más que es independiente y se encuentra

laboralmente activo, tiene considerables razones para sentirse emocionalmente satisfecho en su núcleo familiar, pues presupone la conservación del status familiar, al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia. Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea que la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en: ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer (20-22).

Además de los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus; en consecuencia, se pueden incrementar los niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar y son justamente esas, otras de las necesidades que debe atender la familia a este grupo de la población. Se ha mencionado el papel positivo de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores. También influyen las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia. El sentirse necesario es uno de los predictores de longevidad. En la mayor parte de estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener las relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio. Existe una falsa idea, a saber, que son los adultos mayores, los que reciben el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, son cuidadoras de los otros miembros de la familia (20-22).

11.10 Funcionamiento familiar

La función familiar, se refiere a la manera por la cual la familia es vista por sus miembros, en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificar las percepciones individuales de los valores de la familia como recurso psicosocial o como soporte social (20-22).

Entre las funciones de la familia tenemos:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes.
- Compartir colectivamente los deberes y derechos inherentes a ella.
- Cumplir con el mantenimiento económico y material de sus miembros.
- Reproducir sus miembros para la conservación de la especie.
- Educar a sus hijos en los valores de la sociedad; el amor a la propia familia, al estudio, al centro educacional, a la patria y sus símbolos, y al trabajo; en las normas de convivencia; administración y cuidado de los bienes; la moral y el respeto.

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través de: el cumplimiento de las funciones básicas y según la dinámica de las relaciones internas.

Las funciones básicas de la familia son:

Económica: la familia deberá cubrir las necesidades materiales básicas, de alimentación, higiene, cuidado personal, calzado, vestuario y medicamentos.

Educativa: cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente.

Afectiva: si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia.

La evaluación del funcionamiento familiar, según la dinámica de las

relaciones internas de la familia, puede medirse mediante la aplicación de la prueba FF-SIL (Anexo 12). Las categorías a evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad:** habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Rol:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Permeabilidad:** capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Los diagnósticos posibles según la puntuación total de la prueba FF-SIL serán de: una familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

11.11 Fundamentación Ética

En Ecuador la Constitución Política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al consentimiento informado (ANEXO 1), pero en la Ley Orgánica de la Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre este tema.

Antes de autorizar el consentimiento, los adultos mayores sometidos a la investigación o su representante legal tienen que haber sido informados de forma absoluta por el profesional de salud que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia, trascendencia y los riesgos del estudio, el profesional de salud tiene que asegurarse de que la información sea entendida por los adultos mayores que participan en el estudio, así como pueden, en cualquier momento, desautorizar su consentimiento sin tener que explicitar la causa.

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de la valoración integral del adulto mayor en el consultorio C y D de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales,, de nivel investigativo descriptivo, se describe la variable de interés (la valoración integral del adulto mayor), observacional ya que no hubo manipulación por el investigador de las unidades de estudio, según la toma de datos es prospectivo porque la fuente de información fue primaria, según el número de ocasiones que se mide la variable el estudio es transversal, (se midieron en una sola ocasión) y según el número de variables analíticas, es descriptivo (univariado).

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Este estudio incluyó a los adultos mayores pertenecientes a los consultorios C y D de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta investigación se desarrolló siguiendo los principios de bioética.

Criterios de inclusión

Adultos mayores que acepten participar en esta investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Adultos mayores que previo a dos citas fallidas en el consultorio y dos visitas domiciliarias no fueron contactados.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación cumple con todos los aspectos de la Declaración de Helsinki y se desarrolla después de ser aprobada por el Comité de ética de investigaciones de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. La recogida de la información se realizó en el periodo de enero a julio del año 2018. Para dar respuesta al objetivo específico número uno y caracterizar a los adultos mayores, según variables socio demográficas y clínicas, se recolectó la información de una encuesta (ANEXO 2), elaborada por el autor de la investigación y validada por dos expertos, uno de Medicina Familiar y Comunitaria y una Bioestadística, posteriormente se aplicó una prueba piloto para comprobar la adecuación de las respuestas del instrumento, además se aplicó el formulario 057 del adulto mayor del MSP, (ANEXO 3). Para dar respuesta al objetivo específico número dos e identificar los grandes síndromes geriátricos presentes en los adultos mayores, se recolectaron los datos del formulario 057 del adulto mayor del MSP, (ANEXO 3).

Para dar respuesta al objetivo específico número tres, sobre el nivel de dependencia de los adultos mayores, existencia de deterioro cognitivo, tipo de depresión, riesgo de desnutrición y/o social, se aplicaron en las consultas médicas las escalas geriátricas con sus variables y puntajes que se encuentran adecuadas en el formulario 057 (ANEXOS 4 -11) para la valoración del adulto mayor, establecidas por el Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

Para dar respuesta al objetivo específico número cuatro, y conocer sobre el funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, se aplicó el Test de Funcionamiento familiar (FF-SIL) (ANEXO 12).

Toda la información se obtendrá de forma confidencial, siguiendo los principios de bioética para las investigaciones científicas y previa información y solicitud a los adultos mayores de participar en el estudio, a través del consentimiento informado, (Anexo 1) firmado por los mismos.

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Etnia	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Nivel de Instrucción	Encuesta
Situación laboral	Encuesta
Patologías Prevalentes	Encuesta (MSP / HCU formulario 057/2010)
Grandes Síndromes Geriátricos	Encuesta (MSP / HCU formulario 057/2010)
Nivel de dependencia	Encuesta (Escala geriátrica, MSP/HCU formulario 057/2010)
Deterioro Cognitivo	Encuesta (Escala geriátrica, MSP/HCU formulario 057/2010)
Depresión	Encuesta (Escala geriátrica, MSP/HCU formulario 057/2010)
Riesgo de desnutrición	Encuesta (Escala geriátrica, MSP/HCU formulario 057/2010)
Riesgo social	Encuesta (Escala geriátrica, MSP/HCU formulario 057/2010)
Funcionamiento familiar	Test de Funcionamiento Familiar. (FF-SIL)

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se ingresaron los datos en una tabla (hoja de cálculo) del programa Excel de Microsoft, luego de lo cual se codificaron las variables y se exportaron al programa estadístico SPSS versión 20. Se realizó el análisis estadístico de la información calculándose para las variables categóricas, números absolutos y porcentajes.

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos en grupos quinquenales	65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años 85-89 años ≥ 90 años	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales	Masculino Femenino	Categoría nominal dicotómica
Etnia	Auto-identificación étnica	Blanca Afroecuatoriana Mulata Mestiza Indígena	Categórica nominal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero (a) Union libre Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viudo (a)	Categórica nominal politómica
Nivel de instrucción	Ultimo nivel de estudio aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Categórica ordinal
Situación laboral	Actividad laboral que realiza	Trabaja Jubilado (a) No trabaja	Categórica nominal politómica
Patologías Prevalentes	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus II Cardiopatía isquémica Artrosis Hipertrofia prostática benigna Problemas visuales Problemas auditivos	Sí No	Categórica nominal dicotómica

Grandes Síndromes Geriátricos	Fragilidad Delirio Úlceras de presión Incontinencia Caída Demencia Iatrogenia	Sí No	Categórica nominal dicotómica
Nivel de dependencia	Escala de Lawton y Brody modificada	Independiente Necesita cierta ayuda Necesita mucha ayuda	Categórica ordinal
Deterioro cognitivo	Evaluación cognitiva (MMSE) modificada	Ausente Presente	Categórica nominal dicotómica
Depresión	Escala Yesavage modificada	Normal Moderada Severa	Categórica ordinal
Riesgo de desnutrición	Escala Valoración Nutricional: (MNA)	Ausente Presente	Categórica nominal dicotómica
Riesgo social	Escala de valoración social Gijón modificada	Bajo Aceptable Alto	Categórica ordinal
Funcionamiento familiar	Según prueba FF-SIL	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Categórica ordinal

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de resultados inicia con la caracterización de la población según variables sociodemográficas de edad y sexo. La edad se representa en grupos quinquenales.

Tabla 1 Distribución de los adultos mayores según edad y sexo, en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Grupo de edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
65-69 años	10	11,1	10	11,1	20	22,2
70-74 años	11	12,2	17	12,2	28	31,1
75-79 años	13	14,4	6	6,6	19	21,1
80-84 años	8	8,8	4	4,4	12	13,3
85-89 años	5	5,5	4	4,4	9	10
≥90 años	2	2,2	0	0	2	2,2
Total	49	54,4	41	45,5	90	100

Fuente: Encuesta

En este estudio se observó predominio del sexo masculino (54%) sobre el femenino (46%) y del grupo de edades 70 a 74 años (31%). Así mismo la longevidad es baja pues solo hubo dos adultos mayores con más de 90 años. Estos resultados difieren del estudio sobre la población adulta mayor quiteña en año 2008, donde se obtuvo que de 90,627 adultos mayores, 49661 (55%) pertenecen al sexo femenino y la edad quinquenal prevalente fue la de 65-69 años con el 35%. (26)

Las doctoras Soliz y Martínez en el 2017, en su estudio a 40 adultos mayores de la comunidad Maluay, parroquia El Valle del cantón Cuenca, donde evidenciaron prevalencia del sexo femenino en un 60% y el grupo de edad más prevalente de 65-69 años con el 30% del total. (27)

En un estudio sobre la calidad de vida del adulto mayor en Chile en el 2018, de 2,96 millones, el 55% represento el sexo femenino y la edad quinquenal prevalente fue la de 65-69 años con el 24%. (28)

Tabla 2 Distribución de los adultos mayores según auto identificación étnica de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Etnia	Nº	%
Mestiza	84	93
Blanca	5	6
Mulata	1	1
Total	90	100

Fuente: Encuesta

En este estudio se observó predominio de la etnia mestiza (93%) sobre las demás, seguida de la raza blanca con 6%.

Este resultado coincide con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2010, donde el 72% de los 14.483.499 ecuatorianos se autoidentificó como mestizo. (29)

Asi también coincide como en Perú donde el 60% de su población en el censo nacional 2017, se autoidentificó como mestizo y el 26% como indígena. (30)

En la tabla 3, se representa el estado civil de los adultos mayores en estudio

Tabla 3 Distribución de los adultos mayores según el estado civil en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Estado civil	Nº	%
Casado (a)	48	53,3
Soltero (a)	24	26,6
Viudo (a)	9	10
Unión libre	8	8,8
Separado (a)	1	1,1
Total	90	100

Fuente: Encuesta

En este estudio se observó predominio del estado civil casado (a) (53%) y sobre los demás. Este resultado coincide con el estudio de hombres y mujeres del Ecuador en cifras (31), donde prevalecen los casados.

Así también coincide con un estudio en el 2014 por Eunice Yarce Pinzón sobre Factores sociodemograficos de un grupo de adultos mayores en la ciudad de Pasto, Colombia donde, se estudio a 42 adultos mayores y el 43% resultado de la categoría casado (a). (32)

En la tabla 4, se representa el nivel de instrucción que más prevaleció en los adultos mayores

Tabla 4 Distribución de los adultos mayores según el nivel de instrucción en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Nivel de instrucción	Nº	%
Ninguno	6	6,6
Primaria	78	86,6
Secundaria	6	6,6
Total	90	100

Fuente encuesta

En este estudio se observó predominio del nivel de instrucción primario en los adultos mayores (87%).

Este resultado coincide con el estudio realizado en la Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazaret” en Cuenca, donde predominó entre los adultos mayores como nivel de instrucción, el primario. (33)

Coincide también en un estudio sobre factores asociados a la satisfacción vida de adultos mayores en Lima, Perú, donde prevalecieron en 122 ancianos el nivel de instrucción primario incompleto. (34)

En la tabla 5, se representa la situación laboral de los adultos mayores en estudio.

Tabla 5 Distribución de los adultos mayores según la situación laboral en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Situación laboral	Nº	%
No trabaja	68	75,5
Trabaja	21	23,3
Jubilado (a)	1	1,1
Total	90	100

Fuente: Encuesta

En este estudio se observó predominio de adultos mayores que no trabajan (76%), lo que los hace dependientes económicamente.

Este resultado no coincide con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, que manifiesta que durante 2014 se crearon más de 109 mil puestos de trabajo a nivel nacional de los cuales el 47,5% fueron ocupados por adultos mayores. (35)

Otro estudio en el 2017, por la Universidad de la Sabana, Colombia revela que 7 de cada 10 adultos mayores no tienen pensión y apenas el 25% de adultos mayores goza de una pensión. (36)

En la tabla 6, se representan las patologías más prevalentes de los adultos mayores en estudio.

Tabla 6 Distribución de los adultos mayores según enfermedades crónicas no transmisibles en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Enfermedades crónicas no transmisibles	Nº	%
Hipertensión arterial	60	66,6
Diabetes mellitus	16	17,7
Artrosis	15	16,6
Obesidad/sobrepeso	15	16,6
Hiperplasia prostática	9	10
Hiperlipidemia	8	8,8
Gastritis	6	6,6
Cardiopatía isquémica	4	4,4
Lumbalgia	4	4,4
Problemas visuales	4	4,4

Fuente: Formulario 057 del adulto mayor del MSP

En este estudio se observó predominio de la hipertensión arterial (67%), seguida de la diabetes mellitus (18%) como segunda causa de patología prevalente, en tercer lugar quedó la artrosis y la obesidad /sobrepeso (17% cada una).

Este resultado coincide con la Tesis sobre condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años realizada en San Juan de Pasto, Colombia, 2016 donde se encontró que entre las condiciones más prevalentes tenemos a la hipertensión arterial en primer lugar con el 56%. (37)

En un estudio así mismo en Cuba, por Raidel Gonzalez y Juan Cardentey a 348 adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río, en el año 2016, prevaleció la hipertensión arterial con el 73%, seguida de la diabetes mellitus con el 23%.(38)

En la tabla 7, se representan los síndromes geriátricos más prevalentes.

Tabla 7 Distribución de los adultos mayores según los síndromes geriátricos más prevalentes en dos consultorio del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Síndromes geriátricos	Nº	%
Fragilidad	26	28,8
Malnutrición por exceso	15	17
Dismovilidad	3	3,3
Caídas	2	2,2
Incontinencia urinaria	2	2,2

Fuente: Formulario 057 adulto mayor MSP

En este estudio se observó predominio del síndrome geriátrico de fragilidad (29%), el cual es un factor de riesgo para la discapacidad.

Este resultado difiere con el Trabajo de tesis respecto a la Identificación de los factores de riesgo que influyen en los grandes síndromes geriátricos en el centro de salud del adulto mayor Santa Elena 2012-2013, donde el síndrome geriátrico que más prevaleció fue el de caídas (44%). (39)

En un estudio sobre la prevalencia de los síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center, en 369 adultos mayores el síndrome geriátrico más frecuente fue el de polifarmacia con el 57%. (40)

En la tabla 8, se representa a los adultos mayores, según su nivel de dependencia, utilizando las escalas geriátricas

Tabla 8 Distribución de los adultos mayores según el nivel de dependencia en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Nivel de dependencia	Nº	%
Independiente	36	40
Necesita de cierta ayuda	47	52
Necesita mucha ayuda	7	8
TOTAL	90	100

Fuente: Escalas geriátricas (formulario 057 Adulto mayor.MSP)

En este estudio, sobre el nivel de dependencia del adulto mayor, la categoría necesita de cierta ayuda con un 52% fue la que más prevaleció, seguida del nivel de independencia (40%).

Este estudio coincide con uno titulado “Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores residentes en un hogar geriátrico del distrito de barranquilla. 2012”, donde se determino que el 100% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia. (41)

Un estudio realizado por Rocio Tenezaca, Belen Guevara y Denis Guzman, en el 2017, sobre deterioro cognitivo y actividades básicas de la vida diaria en Riobamba, en 51 adultos mayores, resultado que el 32% son totalmente independientes, mientras que el 37% presentan dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria. (42)

En la tabla 9, se representa a la población según si presenta o no deterioro cognitivo.

Tabla 9 Distribución de los adultos mayores según el deterioro cognitivo en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Deterioro cognitivo	Nº	%
Ausente	77	85,5
Presente	13	14,4
Total	90	100

Fuente: Escalas geriátricas (formulario 057 adulto mayor MSP)

En este estudio, sobre el deterioro cognitivo del adulto mayor, estuvo ausente el (86%) y presente (14%).

Lo que coincide del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizado el 2001, donde se evaluaron adultos mayores y dio como resultado que el 7% tuvo deterioro cognitivo (43).

Sin embargo como sostiene la investigación de Byron Bustamante, en el Ecuador el deterioro cognitivo ligero en adultos mayores está subdiagnosticado debido a que en el país existen muy pocos indicadores sobre salud mental, porque no está incluido en los sistemas de diagnóstico y a la falta de educación centrada en relación a la prevención de esta enfermedad. (44)

Otro estudio realizado por Vargas Maisa sobre deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor en Tungurahua, Ambato en 46 adultos mayores, el 65% presento deterioro leve. (45)

En la tabla 10, se grafica el estado de depresión de los ancianos.

Tabla 10 Distribución de los adultos mayores según el estado de depresión en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Depresión	No	%
Normal	86	95,5
Moderada	3	3,3
Severa	1	1,1
Total	90	100

Fuente: Escalas geriátricas (formulario 057 adulto mayor MSP)

En este estudio, sobre el grado de depresión del adulto mayor, estuvo normal el (96%), moderada (48,1%) y severa (3,8%).

Lo que coincide con el estudio en la ciudad de Antioquia, Colombia donde se evaluaron adultos mayores y resultaron que el 71% se muestra sin riesgo de padecerla. (46)

A fines del 2012, el Instituto nacional de estadísticas y censos en Argentina, en su encuesta nacional sobre calidad de vida en adultos mayores en localidades argentinas, se estudio a 4656 adultos mayores, el 92% está satisfecho con su vida, el 80% tiene una actividad sexual activa, el 74% percibe que su memoria es buena y el 60% sostiene que su salud es buena. (47)

En la tabla 11, se resume el riesgo de desnutrición en los adultos mayores.

Tabla 11 Distribución de los adultos mayores según el riesgo de desnutrición en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Riesgo de desnutrición	Nº	%
Ausente	83	92,2
Presente	7	7,7
Total	90	100

Fuente: Escalas geriátricas (formulario 057 adulto mayor MSP)

En este estudio, sobre el riesgo de desnutrición del adulto mayor, estuvo ausente en un (92%) y presente en un (8%).

Lo que contrasta con un estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados realizado en España, que de 660 sujetos encuestados, el 23,3% presenta riesgo de malnutrición. Entre otros factores principales relacionados con la malnutrición se encuentran: la falta de acceso a comida de alto valor nutritivo; la soledad, dado que comer es una actividad social por lo que simplemente compartir tiempo al desayunar o almorzar aumenta el placer de hacerlo. (48)

En el estudio realizado, sobre malnutrición del adulto mayor y factores asociados, en un distrito de, Perú, el 29,16 % de los adultos mayores, tenía malnutrición, el 58%, presentaban riesgo de malnutrición, y el 13,9 %, no estaban malnutridos (49).

En la tabla 12, se describe el riesgo social de los adultos mayores

Tabla 12 Distribución de los adultos mayores según el riesgo social en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Riesgo social	No	%
Bajo	69	76,6
Aceptable	20	22,2
Alto	1	1,1
Total	90	100

Fuente: Escalas geriátricas (formulario 057 adulto mayor MSP)

En este estudio, sobre el riesgo social del adulto mayor, sobresalió el bajo (77%), seguido del aceptable. (22%)

En otro estudio sobre la Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro, La Habana, Cuba se concluyó que los factores de riesgo social que predominaron fueron, los mayores de 80 años con un 33.3%, los que viven solos con un 35.6% y las mujeres ancianas solteras y viudas con 25.9%. (50)

Un estudio en el año 2017, por la doctora Jenny Villarroel sobre “Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar”, en 70 adultos mayores reflejó el 76% de abandono, donde la capacidad funcional y la estructura familiar fueron factores asociados al abandono. (51)

En la tabla 13, se describe el funcionamiento familiar de los adultos mayores

Tabla 13 Distribución de los adultos mayores según el funcionamiento familiar en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018.

Funcionamiento familiar	Nº	%
Funcional	62	68,8
Moderadamente funcional	25	27,7
Disfuncional	3	3,3
Severamente disfuncional	0	0
Total	90	100

Fuente: Test funcionamiento familiar (FF-SIL)

En este estudio, sobre el funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, destaco el funcional con el 69%.

Este trabajo difiere de la investigación de la Dra. Norma Huacon, sobre “Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, centro de salud Pascuales en junio del 2016”, donde predominaron, con el 56%, las familias moderadamente funcionales. (52)

En un estudio sobre la determinación de la funcionalidad familiar en 898 adultos mayores usuarios de los centros de vida de la ciudad de Cartagena, Colombia, en el 2015, se percibió una buena funcionalidad familiar en el 76%, seguido de un 14% de disfuncionalidad moderada. (53)

14 CONCLUSIONES

En el grupo de estudio predominan los adultos mayores entre 70 a 74 años, del sexo masculino, etnia mestiza, estado civil casado (a), nivel de instrucción primaria, situación laboral que no trabajan e hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible más prevalente.

De los síndromes geriátricos destaca la fragilidad en primer lugar seguida de la malnutrición por exceso.

Destacan el nivel de dependencia, necesita cierta ayuda, ausencia de deterioro cognitivo, normalidad en el nivel de depresión, riesgo de desnutrición ausente y riesgo social bajo.

En el funcionamiento familiar en los hogares de los adultos mayores su mayoría goza de hogares funcionales, lo que les representa un factor protector en su etapa de envejecimiento.

15 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se llevo a cabo sin ningún contratiempo, se obtuvo la colaboración del universo de estudio, tanto en el consultorio como en la comunidad.

16 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Española de Geriatria y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. España. SEEG; 2013. Sociedad Disponible en: http://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf
2. d'Hyver C. Geriatriad'Hyver 3ª Edición | booksmedicos [Internet]. booksmedicos. 2018 [cited 10 June 2018]. Available from: <http://booksmedicos.org/geriatria-dhyver-3a-edicion/#more-118893>
3. Penny E, Melgar F. Geriatria y Gerontología para el Médico Internista – Eduardo Penny Montenegro [Internet]. Libros Médicos En Español. 2018 [cited 10 June 2018]. Available from: <https://bloglibrosweb.wordpress.com/2012/01/17/geriatria-y-gerontologia-para-el-medico-internista-eduardo-penny-montenegro/>
4. Bermejo Rodríguez Salazar. Manual Terapéutico en Geriatria (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología). España: Panamericana; 2017
5. Pedro Paulo Marín. Manual de Geriatria y Gerontología. Chile: Universidad Católica de Chile; 2016. Disponible en: <https://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789561408953&idsource=3001&li=1...geriat>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Suiza: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
7. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2010. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Estimaciones y proyecciones de población. Ecuador: INEC; 2015. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
9. Ministerio de Salud Pública. Distritos de Salud en el País. Ecuador: MSP; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/#>
10. Ministerio de Inclusión Económica y Social. DIRECCION POBLACION ADULTO MAYOR ; 2013 Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
11. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores. Ecuador 2012. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Ecuador.pdf>
12. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Norma Técnica Población Adulta Mayor. Ecuador. Ministerio de Inclusión Económica y Social; 2014. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp->

- <content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf
 14. Ministerio de Salud Pública. Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención primaria de Salud para el Adulto mayor. Ecuador. Ministerio de Salud Pública; 2008. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
 15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Protocolo 2 Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de Salud. Paraguay: Ministerio de salud Pública y Bienestar Social; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=187-protocolo-2-atencion-de-la-persona-adulta-mayor-en-aps&Itemid=253
 16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geronto - Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: IMSS; 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
 17. Gutiérrez, L; García, M; Arango, V; Pérez, M. Geriatria para el médico familiar. Valoración geriátrica integral. Cap. 2 pág. 20-24 México: Manual Moderno, 2012. Disponible: booksmedicos.org/geriatria-para-el-medico-familiar/
 18. SEEG/ Sanjoaquin Romero Ana.. Tratado de Geriatria para Residentes. Valoración geriátrica integral Cap. 4 pág. 60-68 España: SEEG; 2011. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf
 19. INEC. Perfil epidemiológico del Adulto Mayor 2006. Quito: INEC; 2006. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios Economicos/Evolucion de la indus Alimen Beb 2001-2006/Perfil Epidemiologico Adul Mayor 2006.pdf>
 20. Louro Bernal. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Volumen II. Parte XI. Familia. Capítulo 59. Medicina General Integral/Colectivo de autores 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.
 21. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. Volumen 2, Parte XI, Capítulo 55. La Habana. Editorial Ciencias Médicas: 2014. Disponible en: <http://b51delta.xpg.uol.com.br/B51MGI1.pdf>
 22. Martín Zurro. Atención primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Volumen 2, Capítulo 23. Séptima edición. España. Editorial ELSEVIER, 2014.
 23. Lara R, Velarde A. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente [Internet]. 2018 [cited 10 June 2018]. Available

- from:<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUA>
24. SEEG. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid. IMC. 2013. Disponible en: <https://www.google.com.ec/search?q=SEGG+MANUAL+CUIDADOR+ES&oq=SEGG+MANUAL+CUIDADORES&aqs=chrome..69i57.19045j1j8&>
 25. Un perfil de las personas mayores 2018 [Internet]. Mayor Actual. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <http://www.mayoractual.com/articulo/participacion/perfil-personas-mayores-2018-csic/20180208204550001398.html>
 26. Morales V. La población adulto mayor en la ciudad de Quito [Internet]. Ecuadorencifras.gob.ec. 2008 [cited 15 December 2018]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios Economicos/Evolucion de la indus Alimen Beb 2001-2006/Poblac Adulto Mayor.pdf>
 27. Soliz G, Martínez B. “Salud integral y derechos del adulto mayor. Estudio en la comunidad de Maluay, El Valle, del cantón Cuenca.” [Internet]. Dspace.ucuenca.edu.ec. 2015 [cited 13 December 2018]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24752/4/Gardenia%20Sol%20C3%ADz%2>
 28. Subsecretaría de Previsión Social [Internet]. Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario Subsecretaría de Previsión Social. 2018 [cited 15 December 2018]. Available from: https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultad
 29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2010, donde el 71,99% de los 14483.499 ecuatorianos se autoidentificó como - Google Search [Internet]. Google.com.ec. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: [https://www.google.com.ec/search?q=Instituto+Nacional+de+Estadísticas+y+Censos+\(INEC\)+en+2010%2C+donde+el+71%2C99%25+de+los+14483.499+ecuatorianos+se+autoidentificó+](https://www.google.com.ec/search?q=Instituto+Nacional+de+Estadísticas+y+Censos+(INEC)+en+2010%2C+donde+el+71%2C99%25+de+los+14483.499+ecuatorianos+se+autoidentificó+)
 30. ¿Indígena, afroperuano, blanco o mestizo? Así respondieron los peruanos a pregunta del censo [Internet]. Publimetro. 2018 [cited 16 December 2018]. Available from: <https://publimetro.pe/actualidad/noticia-indigena-afroperuano-blancos-mestizos-asi-respondieron-peruanos-pregunta-censo-79856>
 31. INEC [Internet]. Ecuadorencifras.gob.ec. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
 32. Yarce E. Factores sociodemograficos de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Pasto [Internet]. 2018 [cited 18 December 2018]. Available from:

- <https://www.researchgate.net/publication/320307458> Factores sociodemograficos de un grupo de adultos mayores de la ciudad d e Pasto
33. Durán Oleas. JC. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobresu relación con la familia, el contexto social y el Estado. Tesis previa a la obtención del título de Magister en Intervención Psicosocial y Familiar. Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca, Ecuador, 2012. [citado 18 Oct 2016] Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/451>
 34. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores en Lima, Peru [Internet]. Scielo.org.co. 2006 [cited 18 December 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a04.pdf>
 35. Los beneficios de una vejez trabajando – Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile [Internet]. Socgeriatria.cl. 2018. [cited 11 June 2018]. Available from:<http://www.socgeriatria.cl/site/?p=302>
 36. Tiempo C. El 70% de los adultos mayores no tiene pensión y padece depresión [Internet]. Portafolio.co. 2018 [cited 18 December 2018]. Available from: <https://www.portafolio.co/economia/adultos-mayores-del-pais-sin-pension-y-con-depresion-506860>
 37. Morales A, Rosas G. Trabajo de tesis: Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años [Internet]. Scielo.org.co. 2018. San Juan de Pasto, Colombia,2016. [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/0120-2448-amc-41-01-00021.pdf>
 38. Gonzalez R, Cardentey J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores [Internet]. Scielo.sld.cu. 2016 [cited 18 December 2018]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf05208.pdf>
 39. Bailon M, Pilligua J. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. “centro de atención del adulto mayor” Santa Elena. 2012- 2013 trabajo de titulació [Internet]. Repositorio.upse.edu.ec. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: [http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/IDENTIFICACION%20DE%20LOS%20FACTORES%](http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/IDENTIFICACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20)
 40. d ' Hyver C, Leon T, Martinez L. Prevalencia de síndromes geriátricos [Internet]. Medigraphic.com. 2010 [cited 18 December 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un115b.pdf>
 41. Ortega C, Herazo K, Pacheco A. Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores residentes en un hogar geriatrico del distrito de barranquilla. 2012 – 2 [Internet]. Publicaciones.unisimonbolivar.edu.co. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/download/271/268>

42. Guzmán Niama D, Guevara Verdugo B. Deterioro cognitivo y actividades básicas de la vida diaria en las personas del proyecto de desarrollo integral del adulto mayor San Juan-Riobamba periodo diciembre 2016-mayo 2017. [Internet]. Dspace.unach.edu.ec. 2017 [cited 13 December 2018]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3917>
43. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo L. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México [Internet]. Scielo.org.mx. 2018 [cited 5 June 2018]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006
44. Bustamante B. Deterioro cognitivo en adultos mayores está subdiagnosticado [Internet]. Redaccionmedica.ec. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores-est-subdiagnosticado-88245>
45. Vargas Maisa L. “Deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato.” [Internet]. Repositorio.uta.edu.ec. 2018 [cited 13 December 2018]. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/24810>
46. Segura Cardona A, Cardona D. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012 [Internet]. Scielo.org.co. 2018 [cited 5 June 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
47. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores: una nueva imagen de la vejez - Ministerio de Salud y Desarrollo Social [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2014 [cited 15 December 2018]. Available from: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/informes/encuesta-nacional-sobre-calidad-de-vida-de-adultos-mayores-una-nueva-imagen-de-la-vejez/>
48. Montejano R, Ferrer R, Clemente G. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados [Internet]. Nutricionhospitalaria.com. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6782.pdf>
49. Contreras AL, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de MasmaChicche, Junín, Perú. Rev Med Hered [online]. 2013, vol.24, n.3, [citado 18 Oct 2016] pp. 186-191. ISSN 1729-214X. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3a01.pdf>
50. Mojena G, Garcia M, Conde F, Alarcon M. Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro [Internet]. Medigraphic.com. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57901>

51. Villarroel J, Cardenas V. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. [Internet]. Dspace.mides.gub.uy. 2017 [cited 13 December 2018]. Available from: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/449/521_Paredes_2010_Indicadores%20sociodemograficos%20de%20envejecimiento%20y%20vejez.pdf?sequence=1
52. Huacón Castro N. Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18. Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016. [Internet]. Repositorio.ucsg.edu.ec. 2016 [cited 18 December 2018]. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7391>
53. Acuña I, Barrios Y, Martínez N. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena [Internet]. 2015 [cited 18 December 2018]. Available from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCIÓN%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYOR>

17 ANEXOS

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dr. Luis Eduardo Hurtado Valarezo posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre Valoración integral del adulto mayor de los consultorios C y D del Centro de Salud Pascuales, durante el periodo de Enero a Octubre de 2018. Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollara con el auspicio de las instalaciones de los consultorios mencionados de medicina familiar. El estudio pretende encuestar y aplicar un formulario a los adultos mayores que quieran participar voluntariamente en esta investigación, pudiendo retirarse en cualquier momento si así lo desean, sin que se afecte su futura atención medica. Esta investigación no le expondrá a ningún riesgo y sus resultados que son confidenciales le serán comunicados oportunamente.

----- He leído la información proporcionada por el médico y me ha explicado con detalle cualquier duda al respecto.

----- Consiento voluntariamente ser parte de esta investigación

Sírvase a continuación llenar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos _____

Numero de cedula _____

Firma _____

Fecha _____

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 2 ENCUESTA

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Estimado paciente. Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre valoración integral del adulto mayor de los consultorios C y D del Centro de Salud Pascuales de enero del 2018 a octubre del 2018, por lo que necesito su mayor colaboración. De antemano le agradezco su participación.

Podría anotar su(s) Nombre(s) y apellido(s) completos:

¿Qué edad tiene actualmente? : _____

Anote su sexo: _____

¿Cómo se auto identifica, desde el punto de vista étnico?

Elija una de las siguientes: Blanco (a): _____ Negro (a): _____ Mestizo (a): _____ Mulato (a): _____ Afro ecuatoriano (a): _____ Indígena: _____

¿Cuál es su situación laboral actual?: Activo (a): _____ Jubilado (a): _____ No trabaja: _____

¿Cuál es su Estado civil actual?:

Soltero (a): _____ Casado (a): _____ Viudo (a): _____ Divorciado (a): _____

¿Cuál es su Nivel de instrucción?

Sin instrucción: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Universitario: _____

Anexo 6 INDICE DE KATZ MODIFICADO

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Índice de Katz modificado

Actividades	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE; A = AYUDA; D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Anexo 7 ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA

Evaluación de las actividades instrumentales de la Vida diaria (AVD)3 cuadro. Escala de Lawton y Brody modificada

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	
Incapaz de hacer nada	5		
Lavado de ropa		Uso del transporte	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en trans.; público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobus	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
Ir de compras		Responsable de los Medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que prepararlos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

NOTA: Grado de dependencia: hasta 8 puntos = Independiente

De 8 a 20 puntos: Necesita cierta ayuda.

Más de 20 puntos: Necesita mucha ayuda.

Anexo 8 EVALUACION COGNITIVA (Mmse) MODIFICADO

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. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar mas adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. 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 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

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: _____ Anote un punto por cada objeto
Avión: _____ recordado en el primer intento.
Total: _____

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:



Anexo 9 ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE MODIFICADA

Escala de Depresión Geriátrica 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 esta 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 _____

NOTA: Normal (0-5) Probable depresión (6-9) Depresión estable (10 o más)

Anexo 10 ESCALA DE VALORACION NUTRICIONAL (Mna)

Escala de Valoración Nutricional (Mini Nutritional Assessment Mna) Tamizaje

A. ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?

- Severa 0 pérdida del apetito
Moderada 1 pérdida del apetito
Ausencia 2 de pérdida del apetito

B. ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?

- Mayor de 0 3kg o 6.6 lbs
No 1 conoce
Pérdida 2 entre 1 y 3kg
No existe 3 pérdida de peso

C. Movilidad

- En la 0 cama o en silla de ruedas
Puede 1 salir de la cama o la silla, pero no afuera
Puede ir 2 afuera

D. ¿Ha sufrido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses?

- Si 0 No 2

E. Presencia de problemas neuropsicológicos

- Demencia 0 o depresión severas
Demencia 1 moderada
Ausencia 2 de problemas psicológicos

F. Índice de masa Peso kg____ Talla mt____ IMC ____

- IMC 0 menos de 19
IMC 1 entre 19 – menor a 21
IMC 2 entre 21 – menor a 23
IMC 23 o 3 mayor

Nota:

Puntaje total: _____

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos

Anexo 11 ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON

Escala de Valoración Social Guijon

Escala de valoración socio-familiar de Guijón (Versión abreviada y modificada)

Situación familiar

1. Vive con familia y/o pareja sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubre todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Solo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana).

Apoyos red social

1. No recibe ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.
5. No tiene soporte social y lo necesita.

Nota: Puntuación

- De 5 a 9 : Aceptable situación social.
- De 10 a 14 : Existe riesgo social.
- Más de 15 : Problema social.

Anexo 12 PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente): Casi Nunca; Pocas veces; A Veces; Muchas Veces y Casi Siempre.

SITUACIONES.

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. -----

2. En mi casa predomina la armonía -----
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades -----

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana -----

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa-----

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos -----

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles

8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado -----

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones

11. Podemos conversar diversos temas sin temor -----

12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en

otras personas

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. -----

Valores de la Escala

Casi siempre 5

Muchas veces 4

A veces 3

Pocas veces 2

Casi nunca 1

Diagnóstico del Funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional_____

Moderadamente funcional_____

Disfuncional_____

Severamente disfuncional_____



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Hurtado Valarezo Luis Eduardo**, con C.C: # 0914751631 autor del trabajo de titulación: “**Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018**” previo a la obtención del título de **Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre de 2018**

f. _____

Nombre: **Hurtado Valarezo Luis Eduardo**

C.C: **0914751631**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	"Valoración integral del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2018"		
AUTOR(ES)	Luis Eduardo Hurtado Valarezo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yubel Batista Pereda		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE 17 de diciembre de 2018	No. PÁGINAS:	DE 77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria y Ciencias de la Salud		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Envejecimiento, evaluación geriátrica, anciano		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El envejecimiento de la población mundial va en aumento, exponiendo a un grupo cada vez mayor de adultos mayores con sus problemas de salud específicos que se necesitan conocer para brindar una atención en salud personalizada basada en normas y protocolos de atención integral. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectiva, descriptiva y de corte transversal a 90 adultos mayores, cuyo procesamiento fue recolectar información a través de una encuesta del autor, el formulario 057 del Ministerio de salud pública de atención al adulto mayor y el test de funcionamiento familiar, cuyos datos son procesados y los resultados presentados en tablas en números y porcentajes. Resultados: Se obtuvo el 54% de sexo masculino, 31% de edades entre 70 y 74 años, 93% de mestizos, 53% del estado civil casado, 87% instrucción primaria, 76% no trabajan, 67% son hipertensos, 29% son frágiles, 52% necesitan cierta ayuda, 86% con ausencia de deterioro cognitivo, 96% sin estado depresivo, 92% con ausencia de riesgo de desnutrición, 77% con riesgo social bajo y el 69% pertenecen a familias funcionales. Conclusiones: Predomina el sexo masculino, el grupo de 70-74 años, la etnia mestiza, el estado civil casado, la instrucción primaria, los que no trabajan, la hipertensión arterial, el síndrome de fragilidad, en la esfera funcional necesitan cierta ayuda, en la esfera psicocognitiva, no hay depresión ni deterioro cognitivo en su gran mayoría, no hay riesgo de desnutrición, la valoración social es aceptable y las familias de adultos mayores son funcionales</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0990120027	E-mail: luishurtado72@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext.: 1830 - 1811		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			