



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**“FACTORES PROTECTORES Y ADVERSOS
DE LA SALUD, EN ADULTOS MAYORES DEL
BARRIO ZALAPA, LOJA.”**

Tesis Previa a la Obtención
del Título de:
MEDICO GENERAL

Autora: Ana Gabriela Palacios Arias.
Directora: Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado.

**Loja-Ecuador
2014**



CERTIFICACIÓN

Dra. LORENA VALLEJO D.
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, CARRERA DE
MEDICINA HUMANA, DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado **"FACTORES PROTECTORES Y ADVERSOS DE LA SALUD, EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA, LOJA"** de autoría de la señorita egresada de la carrera de Medicina Humana Ana Gabriela Palacios Arias, ha sido dirigida, revisada y aprobada en su integridad, por lo que autorizo su presentación y publicación.

Loja, Octubre 2014

Dra. Mercé Lorena Vallejo Delgado.
DOCENTE-INVESTIGADORA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Yo **Ana Gabriela Palacios Arias** declaro ser autora de las ideas expuestas en el presente trabajo de investigación, así como los resultados, discusión y conclusiones y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Ana Gabriela Palacios Arias

AUTORA



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Ana Gabriela Palacios Arias** declaro ser autora de la tesis titulada: "FACTORES PROTECTORES Y ADVERSOS DE LA SALUD, EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA, LOJA.", como requisito para optar al grado de Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Ana Gabriela Palacios Arias

C.I.: 1105026136

Dirección: Av. Pablo Palacio y Vía de Integración Barrial, Barrio Carigán

Correo electrónico: anigaby1903@gmail.com

Teléfono: 072105264 Celular: 0959496246

Director de Tesis: Dra. Mercé Lorena Vallejo Delgado. Docente-Investigadora del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja

Tribunal de Grado: Dr. Jorge Leonardo Cabrera Loján– Presidente

MEDICO NEFRÓLOGO

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez - Miembro

MEDICO INTERNISTA

Dr. Fabián Agustín Lozano Samaniego. - Miembro

MEDICO INTERNISTA



DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con mucho afecto a mis queridos padres *Guillermo* y *Cecilia* que gracias a su constante trabajo, sacrificio y apoyo incondicional supieron brindarme todo el apoyo para la culminación de un sueño y la obtención de mi carrera profesional; a mis hermanos *César* y *Guillermo* con quienes juntos hemos aprendido a vivir, crecimos como cómplices y amigos absolutos, gracias por su apoyo y ejemplo, a mis familiares y amigos que de una u otra manera me apoyaron en mi vida estudiantil. Los cuales han sido pilares fundamentales que han permitido hacer posible el feliz término de esta meta en mi vida

Ana Gabriela Palacios Arias



AGRADECIMIENTO

Al finalizar el presente trabajo de investigación, dejo constancia de mi agradecimiento imperecedero a la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, AREA DE LA SALUD HUMANA, CARRERA DE MEDICINA HUMANA**, en las personas y sus autoridades, a su personal docente, por haber impartido sus conocimientos, de manera especial a la *Dra. Lorena Vallejo* Directora de Tesis, quien con su excelente y acertada contribución profesional me supo dirigir para la consecución de mi objetivo.

Al Señor *Jorge Palacios*, morador del barrio Zalapa, quien colaboro de manera activa en la realización del trabajo de campo de esta investigación, a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para el desarrollo de la presente tesis.

A todos, eternamente gracias.

LA AUTORA



TITULO:

**“FACTORES PROTECTORES Y ADVERSOS
DE LA SALUD, EN ADULTOS MAYORES
DEL BARRIO ZALAPA, LOJA”.**



RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado en la ciudad de Loja, Barrio Zalapa, con 63 adultos mayores de ese sector urbano-marginal. Con el objetivo principal de Identificar los factores protectores y adversos de la salud, en adultos mayores.

El tipo de estudio es cuantitativo, analítico, transversal, utilizando como instrumento de recolección de datos la aplicación de entrevista guiada e instrumentos de evaluación geriátrica integral, aplicados durante visitas domiciliarias a los adultos mayores, de esta forma se determinó los aspectos bio-demográficos, se evaluó las esferas biológica, psicológica y social según la edad, los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con el estado nutricional del adulto mayor, se analizó la influencia de la actividad física como factor protector o deteriorante de salud, e Identificar la fragilidad médica y funcional del adulto mayor.

Teniendo como resultados que en el Barrio Zalapa más de la mitad de los adultos mayores sobrepasen los ochenta años. Los adultos mayores de este sector mantienen un buen estado de salud. Son altamente activos, y la relación con la presencia de patologías es menos frecuente en las personas activas. El nivel de fragilidad es menor en las mujeres (61,90%), y en general nuestra población no es frágil, los adultos mayores del Barrio Zalapa son independientes.



SUMARY

The present research was performed in Loja city, specifically in Zalapa neighborhood, with 63 seniors that belong's urban-marginal sector. With the main objective of identify the protective factors and adverse health in older adults.

This study's type is quantitative, analytical, transverse, used as an instrument data collection, implementing guided interview and comprehensive geriatric assessment instruments, applied during home visits to the elderly, thus was determine the bio-determined demographics, the biological, psychological and social spheres were we evaluated according to age, the protective and deleterious aspects of the nutritional status of the elderly, the influence of physical activity as a protective factor or deteriorating health was analyzed, and identify medical and functional fragility the elderly.

Having as results in the Zalapa neighborhood more than half of older adults exceed eighty years old. Adults over this area maintain a good health. They are highly active, and regarding the presence of pathology is less common in active people. The fragility level is lower in women (61.90%), and overall our population is not frail, older adults to Zalapa neighborhood are independent.



INTRODUCCIÓN

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. 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. 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).

En la actualidad, después de los 65 años de edad se retira de su trabajo a la mayoría de personas, se le hace dependiente de algún familiar, se le confina a esperar su defunción en su casa o en algún albergue sin mayores aspiraciones o regocijo por la vida.

Estas condiciones propician en este grupo etario un incremento de enfermedades físicas y emocionales, en pérdida de su calidad de vida limitando la posibilidad de concretar sus potencialidades, de crecer, de crear, de proyectar y proyectarse para su propio bienestar y el de las comunidades.

Es así que el ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y tecnología, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. Convirtiendo al envejecimiento poblacional en un problema que en algún momento nos afectará a todos.

Las investigaciones sobre el envejecimiento poblacional han tomado gran importancia en la actualidad y se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; si no también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al Adulto Mayor en una situación de riesgo, o



potencian la disminución progresiva de la homeostasis y de la capacidad de reserva inherentes al envejecimiento

Con el propósito de aportar a la comprensión de los aspectos mencionados anteriormente y de identificar procesos protectores y deteriorantes en salud y la relación con el envejecimiento con alta o baja calidad de vida, se ha realizado este trabajo, cuyo objetivo general es: Identificar los factores protectores y adversos de la salud, en adultos mayores del barrio Zalapa de la ciudad de Loja, y los objetivos específicos son: Conocer los aspectos bio-demográficos de los adultos mayores del Barrio Zalapa, evaluar las esferas biológica, psicológica y social según la edad, Indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con el estado nutricional del adulto mayor, Analizar la influencia de la actividad física como factor protector o deteriorante de salud en el adulto mayor, e Identificar la fragilidad médica y funcional del adulto mayor.

Y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población, promocionando los hábitos de vida saludable como medidas protectoras para alcanzar un envejecimiento de calidad.

Para lograr esto se realizó una investigación cuantitativa, analítica, de corte transversal, en el Barrio Zalapa tomando como muestra a las personas de 60 años y más, utilizando como instrumento para obtener la información la encuesta guiada y el uso de instrumentos de valoración geriátrica.

Con esto se obtuvo que en el Barrio Zalapa más de la mitad de los adultos mayores sobrepasen los ochenta años. Los adultos mayores de este sector mantienen un buen estado de salud y las personas mayores de 80 años son las que menor porcentaje de patologías presentan. Son altamente activos especialmente con caminata diaria a la que dedican más de 30 minutos diarios, y la relación con la presencia de patologías es menos frecuente en las personas activas. Con la aplicación de la escala geriátrica se pudo determinar que el nivel de fragilidad es menor en las mujeres (61,90%), y en general nuestra población no es frágil, los adultos mayores del Barrio Zalapa son independientes.



REVISIÓN LITERARIA

1 ENVEJECIMIENTO

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población, seguida del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia humana, muy pocas personas han llegado a estas edades. Con el tiempo, al eliminar las principales epidemias de enfermedades infecciosas, el número de ancianos comenzó a ascender. (2)

Hoy las condiciones económicas y los avances tecnológicos entre otros factores contribuyen a un acelerado envejecimiento de la población, que a su vez exige la necesidad de generar oportunidades que permita a la sociedad adaptarse a esta condición. La educación, como medio transformador en las comunidades, posee un gran desafío en la proyección, generación y organización de las mejores condiciones y oportunidades para que esta población tenga la posibilidad de concretar sus potencialidades, de crecer, de crear, de proyectar y proyectarse para su propio bienestar y el de las comunidades. (3)

Sin embargo, en la actualidad, después de los 65 años de edad se retira de su trabajo a la mayoría de personas, se le hace dependiente de algún familiar, se le confina a esperar su defunción en su casa o en algún albergue sin mayores aspiraciones o regocijo por la vida. (1)

Los economistas de la salud informan que en los países post-industrializados, alrededor del 18% del gasto médico promedio total en el transcurso de la vida de una persona corresponde al último año de su vida. ¿Qué parte de estos recursos, gastados cuando la esperanza de vida es quizás de solo un año, debería utilizarse en etapas anteriores, proporcionando servicios preventivos a las personas jóvenes y productivas en una etapa anterior de su vida? Los argumentos económicos sobre la importancia que debe prestarse a la atención geriátrica giran en torno a un debate sobre quién debe ser el principal beneficiario de los recursos de salud, el individuo o la comunidad en su



conjunto. ¿Se obtienen los mismos beneficios manteniendo viva a una persona de 70 años que brindando atención intensiva en una unidad de cuidados coronarios a una persona de 50 años con un infarto de miocardio? ¿O prestando atención de hospicios a una persona de 30 años con SIDA? ¿O proporcionando cirugía ortopédica y rehabilitación a un joven de 18 años con fracturas múltiples por un accidente de automóvil? La valoración moral y económica entra rápidamente a formar parte de la discusión.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad, de la atención médica que necesitan. Por otra parte, se reducirá evidentemente el sufrimiento y se combatirá la sensación de deterioro de los ancianos y de los familiares que los cuidan. (4)

En este sentido, algunos escritores, como Rico (1999), Salazar (2007), Stumbo (2000) y Thang (2005), consideran a los programas recreativos como fuente de beneficios ilimitados que contribuyen a mantener y mejorar la calidad de vida mediante la interacción social y la realización personal de la población en general. Además, coinciden en que los beneficios atribuidos a la práctica de actividades recreativas son innumerables y únicos para cada persona, por lo que la participación frecuente en este tipo de actividades favorece el crecimiento personal, social, psicológico, emocional y espiritual del individuo.

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por tanto, el objetivo de los programas de promoción de la salud dirigidos a las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona.(4)

El **envejecimiento** es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico



porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.(5)

Es imposible establecer un corte de edad a partir del cual una persona deba ser considerada adulto mayor, aunque este solo es admisible en dos situaciones: una por efectos administrativos como la jubilación, y la otra, epidemiológica, para establecer puntos de corte para estudios de prevalencia. Se define al “adulto mayor”, a los 60 años de edad aunque sus expectativas de vida varían. Algunos son “viejos” a los 35 años, otros viven productivos después de los 100 años.

En América Latina, se designa la definición de “adulto mayor” a las personas de 65 años y más, pero cada país puede adoptar el límite. Por iniciativa de la organización panamericana de la salud la expresión “adulto mayor” sustituye las denominaciones anciano, persona de edad o persona de la tercera edad y designa a las personas de 65 años o más. (6)

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las PERSONAS de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos. (7)

Lo que importa no es definir la edad de los años vividos, sino la capacidad de autonomía y productividad, así como su participación social y su seguridad.

ADULTO MAYOR SANO se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.(8)



ADULTO MAYOR ENFERMO.

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.(9)

ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Son personas que por su discapacidad física o mental, por abandono social o por privación económica necesitan de un sistema de cuidados continuos y de largo plazo.(9)

ADULTO MAYOR FRÁGIL

Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.(10)

En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque, pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de pre discapacidad.

PACIENTE GERIÁTRICO

Es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma



evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad. (2)

Aunque la geriatría como especialidad abarca la atención a los ancianos desde una amplia perspectiva (incluyendo también los aspectos preventivos de la enfermedad), cabe destacar que la principal población diana de la especialidad está constituida por los dos últimos perfiles de pacientes anteriormente mencionados (ancianos frágiles y pacientes geriátricos), ya que estos grupos de personas son los que más beneficios obtienen de la atención en recursos asistenciales específicos de geriatría.(1)

1.1 TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento patológico.- La presencia de enfermedades puede alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico. Presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.(11)

Envejecimiento saludable.- Aproximadamente un millón de personas llega a 60 años cada mes, el 80% habita en los países en vías de desarrollo. El aumento en longevidad, repercute en relación a la calidad de vida y dependencia de los adultos mayores por lo que se busca el “*envejecimiento saludable*” en todo el mundo.(8)

La OPS trabaja en promoción de la salud buscando el *envejecimiento saludable*, en la *prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles*: cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, salud mental.



LA OPS utiliza el lema “*sigamos activos para envejecer bien*”. El mensaje traduce si adoptamos comportamientos y estilos de vida saludables en la niñez, esperaremos que en la edad adulta y los años posteriores serán estimulantes y productivos; ya que la ONU marcó el año 1999 como el *Año Internacional del Adulto Mayor*, con el lema de “*Una Sociedad para todas las Edades*”. Estimulando un diálogo intergeneracional sobre el envejecimiento y la vejez.(12)

El envejecimiento satisfactorio es la condición de salud, que permite a los ancianos satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el tener un envejecimiento saludable. Entre esto: Estilos de vida satisfactorios, mantenimiento de las reservas funcionales corporales, prevención de las enfermedades y discapacidades.(7)

El término envejecimiento exitoso o satisfactorio lo encontramos en la literatura en la década del 40 del siglo pasado, después de la Segunda Guerra Mundial en 1946 en Nueva York, por Lawton, pero es en la década de los 60 cuando encontramos mayores referencias en revistas, como en *Gerontologist*, *Journal American Geriatrics Society* y *Geriatrics*, de autores como Havighurst, Rupp, Schonfield y Palmore, los que muestran que existen dos tipos de envejecimiento: el habitual y el exitoso o satisfactorio.

Este es un término que se viene utilizando en los últimos años en todos los congresos como tema de conferencia. Un destacado médico norteamericano, el Dr. William Hall, pass presidente del American College of Physician, que ha hablado en varios países latinoamericanos sobre este tema, en sus conferencias nos muestra que el tener una vejez exitosa depende de nosotros exclusivamente, si nos alimentamos bien, si mantenemos actividad física regular y continua, evitando el sedentarismo, si mantenemos antes de los 75 años nuestro peso dentro de valores ideales, si controlamos nuestras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión en las metas recomendadas por los trabajos científicos.

El envejecimiento activo y exitoso es una aspiración humana, es decir envejecer bien, sin dolor o con el mínimo sufrimiento (2). Tres aspectos son



fundamentales a considerar, en primer lugar el potencial individual, en segundo lugar la salud y educación para preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento y en tercer lugar la disposición y comportamiento de los adultos mayores para un buen desempeño y optimización, esto último con mejores posibilidades a través de entrenamiento y motivación. El adulto mayor con buena capacidad física, está más apto para reforzar el sentido de bienestar y el vínculo social. (13)

El envejecimiento activo es un paso adelante del envejecimiento saludable, donde se reconocen los derechos humanos de los adultos mayores con los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y autorrealización, tornándose una obligación para gobernantes y gobernados buscar las estrategias necesarias para encontrar la promoción de estos planes en nuestras comunidades.



2 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

La actitud preventiva en el adulto mayor forma parte de los pilares de la atención. Su objetivo es evitar el desarrollo de situaciones que, una vez implantadas, son difícilmente reversibles; entre ellas, cabe destacar la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia.

La necesidad actualidad ha sido anticiparse al desarrollo de estas situaciones que en caso de producirse y estabilizarse, en la medida de que envejece una persona, pueden considerarse como situaciones indicadoras de una pobre atención a este grupo de pacientes

Existe una relación epidemiológica demostrada entre enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Se reconocen dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales son asociadas con más frecuencia a una edad específica; y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad.

2.1 SÍNDROME DE ADAPTACIÓN EL ADULTO MAYOR.

El síndrome de adaptación del adulto mayor, es un conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del modelo en que el adulto mayor sabe que será institucionalizado o de la propia institucionalización. Esto trae cambios que afectan a la esfera biológica, psicológica y social del adulto mayor, como trastornos del sueño, sentimiento de abandono y pérdida del entorno social.(14)

Síntomas:

- ✓ Trastornos del sueño: Los principales trastornos del sueño del adulto mayor son el insomnio y apnea del sueño. Se han identificado más de cien trastornos diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales: insomnio, somnolencia diurna excesiva, problema con el ritmo del sueño, conductas que interrumpen el sueño.



- ✓ Trastornos de la alimentación: disminuye la ingesta y se ven conductas regresivas en torno a la alimentación.
- ✓ Trastornos del humor: tristeza, labilidad afectiva, ideas de suicidio, trastornos de conducta, ideación delirante, desorientación témporo – espacial, ansiedad y quejas somáticas.

2.2 PRINCIPALES PATOLOGÍAS

Al hablar de personas mayores, tan importante como conocer las principales patologías es saber que éstas, en multitud de ocasiones, se desarrollan de forma crónica y solapada, es decir, asociadas unas a otras originando la pluripatología, lo que dificulta enormemente el abordaje a los profesionales no especializados. Además, resulta difícil abordar este capítulo sin profundizar en los llamados síndromes geriátricos, que son síntomas frecuentes originados por distintas patologías y por circunstancias propias del envejecimiento, y que en sí mismos constituyen una entidad compleja, multifactorial y que inciden directamente en la calidad de vida del anciano. (11)

Se calcula que el 80% de las personas mayores padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardiaca, etc. Aproximadamente, el 36% tienen más de tres enfermedades crónicas, lo que hace emplear un alto número de medicamentos durante largos periodos de tiempo. Este hecho tiene implicaciones importantes en la aparición de reacciones adversas a medicamentos y de interacciones. Así mismo dificulta el cumplimiento de la terapia farmacológica.

Las principales complicaciones son:

- ✓ Inmovilización: Puede dar lugar a: úlceras por presión, contracturas articulares: enfermedad trombo embólica, pérdida de fuerza muscular, hipotensión ortostática, descalcificación ósea.
- ✓ Confusión mental. Demencias degenerativas y no degenerativas.



- ✓ Desnutrición y deshidratación: (favorece la aparición de úlceras por presión, afecta al estado inmunitario)
- ✓ Caídas: siendo uno de los problemas de salud más importante en este grupo etario, que acarrea con múltiples complicaciones sobreañadidas.
- ✓ Incontinencia urinaria y fecal.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Deterioro funcional, psíquica y/o social, que da lugar a incapacidad y dependencia.

2.2.1 SÍNDROMES GERIÁTRICOS (15)

En este capítulo se abordara únicamente los síndromes más frecuentes y que causan mayor deterioro funcional en los adultos mayores.

a) Deterioro Cognitivo (DEMENCIA)

Alrededor del 80% de las personas que viven edades muy avanzadas no experimentan una pérdida importante de la memoria ni de otros síntomas de demencia pero es una realidad que casi todas las funciones cognoscitivas declinan con la edad. La naturaleza y ritmo de declinación varía de unas personas a otras, dependiendo de la causa, el nivel educativo, el nivel de actividad y el estado general de salud. La pérdida o deterioro de las capacidades mentales se denomina demencia. Las personas con demencia muestran múltiples cambios que difieren de los que se observan en el proceso normal del envejecimiento. Las habilidades que en mayor medida se ven afectadas en las personas con demencia son la memoria verbal y no verbal, las capacidades perceptuales y de organización, las habilidades de comunicación y la función psicomotora.

Existe más de 100 causas posibles de un síndrome demencial, una forma más sencilla y útil de clasificarlo es dividirlos en dos grandes grupos:



Las causadas por enfermedades de inicio insidioso y de curso irrevocable progresivo, esta se denominan **demencias neurodegenerativas**, la más frecuente de este tipo es el Alzheimer; y las que son consecuencia de enfermedades que, si bien tienen manifestaciones a nivel cerebral, no son debidas a un problema degenerativo primario a este nivel: **demencias no degenerativas**.

b) Trastorno Depresivo

La depresión en el anciano presenta una prevalencia del 1%, pero en grupos determinados como los que se encuentran en residencias geriátricas, la proporción se incrementa considerablemente hasta un 20-25%. Un trastorno depresivo puede enmascarar el comienzo de otra enfermedad por lo que es fundamental realizar correctamente el diagnóstico diferencial.

Es un trastorno que se diagnostica poco y tarde, algunas de las razones son que la persona mayor que la padece rara vez busca ayuda médica y cuando lo hace, puede estar enmascarado por quejas físicas inespecíficas, síntomas de deterioro cognitivo, alteraciones conductuales inespecíficas, aumento de la irritabilidad, intolerancia, aislamiento social, etc.

Aunque los antidepresivos y la psicoterapia se ha mostrado efectiva en el tratamiento del anciano depresivo, es muy común que esta población esté sin tratar o infra dosificada. Se ha visto que sólo el 12-25% de los ancianos con problemas depresivos reciben un tratamiento adecuado.

Enfermedades Asociadas a Depresión

1. *Inestabilidad y Caídas:* Las caídas representan el 90% de los accidentes del anciano. Aproximadamente sólo el 50% de las personas mayores de 70 años hospitalizadas después de sufrir una caída sobreviven transcurrido un año. Se suelen caer los primeros días de hospitalización o de ingreso. Los factores relacionados con las caídas en una residencia pueden ser intrínsecos



(alteraciones en la marcha, en el control postural, patologías que favorecen las caídas) o extrínsecos (ambientales, iatrogénicos). En nuestro ámbito será especialmente importante el control de los medicamentos o la detección de posibles interacciones que puedan dar lugar a hipotensión, como hipnóticos, ansiolíticos, hipotensores, betabloqueantes, hipoglucemiantes, antidepresivos, neurolépticos, diuréticos.

Las caídas pueden tener diversas consecuencias como la pérdida de movilidad, miedo a volver a caer, restricción de la actividad, aislamiento social, aumento del consumo de medicamentos, alteraciones psíquicas (depresión, ansiedad), desvalorización de la autoimagen.

2. *Síndrome de Inmovilidad y Úlceras Por Presión:* El inmovilismo es el descenso de la movilidad normal hasta el extremo de afectar el normal desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Se considera un síndrome geriátrico ya que en el anciano el reposo prolongado puede empeorar la capacidad funcional y producir efectos secundarios de gravedad. (14)

Causas de inmovilismo

- ✓ Las enfermedades agudas en general.
- ✓ Las enfermedades crónicas que producen invalidez: músculos esqueléticos, neurológicos, cardiovasculares.
- ✓ Los déficits sensoriales.
- ✓ Antecedentes de caídas.
- ✓ Iatrogenia farmacológica.

Consecuencias del inmovilismo

- ✓ Alteraciones cardiovasculares: hipotensión ortostática, reducción del volumen circulante, reducción de la reserva funcional, trombo embolismo.



- ✓ Alteraciones respiratorias: neumonía, disminución de la capacidad vital, menor actividad ciliar, descenso del reflujo tusígeno.
- ✓ Alteraciones musculo esqueléticas: atrofia por desuso, debilidad muscular, contracturas, osteoporosis.
- ✓ Alteraciones genitourinarias: retención urinaria, cálculos, incontinencia urinaria, infecciones urinarias.
- ✓ Alteraciones digestivas: estreñimiento, impactación fecal, incontinencia fecal, inapetencia.
- ✓ Alteraciones cutáneas: úlceras por presión, dermatitis.
- ✓ Alteraciones del sistema nervioso: deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, cuadro confusional y menor equilibrio.

Las úlceras por presión son unas de las consecuencias más frecuentes y graves relacionadas directamente con el inmovilismo. Mantener un buen estado en la integridad de la piel es fundamental para el desarrollo de las actividades del enfermo. Cualquier alteración en su continuidad provoca un gran desconfort, agrava el estado de la persona, y en caso de estar hospitalizado, alarga su estancia con las consecuencias que eso comporta.

Puedan aparecer cuando hay presiones superiores a la presión capilar normal (16-33 mm Hg) en un área limitada y en un tiempo prolongado, sobre todo en prominencias óseas. Esta presión provoca una reducción del flujo sanguíneo, disminuyendo el aporte de O₂ y dando lugar a una isquemia. Se inicia un proceso inflamatorio activo que al mismo tiempo produce una hiperemia reactiva, la cual si no desaparece en 30 minutos puede considerarse una úlcera: $\text{Presión} + \text{Tiempo} = \text{Úlcera}$. (16)

A pesar del aumento de la tecnología sanitaria, las úlceras continúan siendo uno de los aspectos menos favorables y más costosos del cuidado de los pacientes. Por ello la prevención de las úlceras se ha convertido en una prioridad.



Las clasificaremos según estadiaje:

Estadio 1: epidermis y dermis lesionadas, pero no destruidas.

Estadio 2: epidermis y dermis destruidas, con lesión que afecta posiblemente capas subcutáneas.

Estadio 3: capa subcutánea destruida, con deterioro celular en epidermis, dermis y capa subcutánea, que provoca una cavidad.

Estadio 4: tejido muscular y óseo invadido, células dérmicas, tejido subyacente y estructuras destruidas

Medidas de prevención en úlceras por presión

- ✓ Higiene, secado e hidratación de la piel con masaje circular.
- ✓ Inspección de la piel, control de las zonas de presión (talones, codos, sacro, trocánter, espalda, orejas, nariz) mañana, tarde y noche y poner protección si es necesario.
- ✓ Colocar un colchón anti-escaras, si va en silla de ruedas colocar un cojín de gel.
- ✓ Cambios posturales de día y de noche c/2-3 h. – Adecuar la dieta y la hidratación

c) Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que produce un problema higiénico y social y que se puede demostrar objetivamente. La prevalencia de incontinencia aumenta con la edad, el 20% de los ancianos de la comunidad y casi el 50% de los institucionalizados son incontinentes. Algunos estudios han hallado que las personas incontinentes muestran un deterioro en la percepción de su calidad de vida y un aumento de trastornos emocionales y aislamiento social.



Manejo de la incontinencia en el anciano. El objetivo del tratamiento a iniciar no siempre es la cura del problema, sino que la mayoría de las veces es intentar mejorar los síntomas, prevenir futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Debe ser además individualizado a ese caso en su contexto social y familiar. Existen una serie de medidas generales aplicables a la gran mayoría de los pacientes mayores que sufren de incontinencia urinaria:

Asegurar un ambiente que facilite la continencia: tener accesos fáciles a los cuartos de baño, bien iluminados. En el caso de pacientes con problemas de movilidad: sillas con orinal al lado de la cama, botellas sanitarias, cuñas etc.

Terapias conductuales: el objetivo es fomentar un cambio de conducta para restablecer un patrón normal de las micciones.

Terapia farmacológica.

Cirugía

d) Estado Confusional Agudo (DELIRIO)

El estado confusional agudo o delirio es un fenómeno frecuente en las personas mayores. La Fourth Edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) considera cuatro aspectos que caracterizan el delirio:

- ✓ Alteración de la consciencia, que aparece habitualmente como somnolencia, letargia o estupor, pero que también se puede presentar como hipervigilancia o como déficit de atención.
- ✓ Déficit cognitivo: pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones o alteraciones en el lenguaje o en la percepción.
- ✓ El delirio es agudo y fluctuante. Se desarrolla durante horas o días y habitualmente de forma más severa al anochecer.



- ✓ Presencia de una o más causas médicas como enfermedad aguda o toxicidad farmacológica.
- ✓ Otros cuadros que pueden aparecer son alteraciones del sueño, agitación o cambios afectivos.

Se estima que un 10-15% de las personas mayores que ingresan en un hospital por un motivo médico agudo tienen evidencia de delirio. Un 5-20% adicional desarrollarán delirio durante la estancia hospitalaria, porcentaje que aumenta hasta un 35-65% en casos de cirugía de urgencia (por ejemplo, operación por fractura de cadera).

Factores de riesgo

Como otros síndromes geriátricos, el delirio es multifactorial. Se pueden dividir los factores de riesgo en dos categorías:

Factores que aumentan la vulnerabilidad:

- ✓ Edad avanzada.
- ✓ Enfermedad crónica cerebral: demencia, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson.
- ✓ Alteraciones de los sentidos.

Factores que pueden precipitar delirio:

- ✓ Fármacos.
- ✓ Otras complicaciones: infección, deshidratación, inmovilidad, malnutrición, uso de sondas vesicales.
- ✓ El factor de riesgo más importante es la presencia subyacente de enfermedades a nivel cerebral, como demencia, Parkinson o ictus.

Un gran número de fármacos se han visto implicados en casos de estado confusional agudo, pero sólo un pequeño número de ellos se han asociado con delirio en estudios prospectivos:



- ✓ Hipnóticos-sedantes: benzodiacepinas, especialmente aquellas de larga acción (diazepam, clorazepato); las benzodiacepinas de corta acción son menos problemáticas, excepto triazolam y alprazolam. Barbitúricos (síndrome de abstinencia agudo). Alcohol.
- ✓ Antidepresivos: especialmente aquellos con actividad anticolinérgica, como los antidepresivos tricíclicos. Con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, es menos común.
- ✓ Anticolinérgicos: oxibutinina, atropina, butilescopolamina.
- ✓ Opioides: especialmente meperidina (alta actividad anticolinérgica.)
- ✓ Antipsicóticos: poco común. Más probable con los que poseen acción anticolinérgica.
- ✓ Antiepilépticos: sobre todo fenitoína a altas dosis.
- ✓ Fármacos anti parkinsonianos: levodopa, bromo-criptina, trihexifenidilo, amantadina.
- ✓ Bloqueantes de receptores H2: famotidina, ranitidina, cimetidina.

Las alteraciones médicas que con mayor frecuencia causan delirio son:

- ✓ Alteraciones electrolíticas: deshidratación, hiponatremia, hipernatremia.
- ✓ Infecciones: tracto urinario, tracto respiratorio, piel y tejidos blandos (por ejemplo úlceras por presión).
- ✓ Desórdenes metabólicos: Hipoglucemia, hiperglucemia, uremia, fallo renal.
- ✓ Situaciones de baja perfusión sanguínea: shock, fallo cardiaco.

e) Estreñimiento:

Generalmente se piensa, aunque no existen datos corroborativos, que el estreñimiento tiene una incidencia más alta en la población geriátrica (4-



25%). Es posible que algunos pacientes que dicen padecer estreñimiento se refieran más bien a un aumento del esfuerzo para evacuar, y no a una disminución real en la frecuencia de las evacuaciones o el desarrollo de deposiciones duras.

Síntomas

Se considera normal hacer deposición desde una vez cada dos días hasta 2-3 deposiciones día. El estreñimiento, según se define normalmente, es una interpretación subjetiva de cambios en las costumbres intestinales. Los pacientes pueden quejarse de una evacuación demasiado infrecuente, una evacuación difícil, un sentimiento de evacuación incompleta o deposiciones demasiado pequeñas o duras. Aproximadamente un tercio de los pacientes exhibirán una combinación de estos síntomas.

Prevención.

Los pacientes deben ser informados sobre los peligros del uso prolongado de laxantes, particularmente de aquellos de tipo irritante. Los fármacos que causan estreñimiento deberán ser evitados en la medida de lo posible.

El papel que juega la dieta, particularmente el consumo suficiente de fibra y líquidos debe tenerse muy en cuenta, tanto para la prevención como para el tratamiento del estreñimiento.

Medidas generales:

Evitar los laxantes irritantes y consumir cantidades adecuadas de líquido: ingerir al menos 1,5 litros de líquidos al día, incrementando esta cantidad en verano.

La fibra se encuentra en el grano y el cereal, y los pacientes deberían consumir al menos 10g y posiblemente más de 25 g diarios de fibra.

Otro componente de la terapia, especialmente en el caso de los pacientes institucionalizados es la educación del paciente en programar la evacuación a una hora concreta.



Si es posible, la realización de ejercicios también puede ser beneficiosa; en caso de que los pacientes tengan limitación en su movilidad, puede ser útil el mantener una posición erecta.

Complicaciones:

Las complicaciones importantes del estreñimiento en la tercera edad son impactación fecal, megacolon idiopático, vólvulo sigmoideo, incontinencia fecal y hemorroides. La presencia de impactación puede ser difícil de distinguir de los casos de obstrucción intestinal debidos a otras causas. Puede manifestarse como estreñimiento persistente, diarrea paradójica, estado confusional agudo, obstrucción intestinal aguda o como incontinencia urinaria. Los hemorroides pueden dar lugar a un sangrado serio y pueden ser tratados quirúrgicamente o con ligadura.

f) *Incontinencia Fecal:*

La incontinencia fecal es la falta de control voluntario de la defecación, que con frecuencia causa también aprensión, desconcierto y puede conducir a la soledad, con lo cual se interfiere en las actividades y en la socialización de las personas mayores.

Diversos estudios estiman su prevalencia en personas mayores de 65 años en torno al 3 - 18%. Las principales causas de incontinencia fecal en personas mayores son las siguientes:

- ✓ Impactación fecal: es la principal causa en las personas mayores institucionalizadas.
- ✓ Deterioro funcional físico o psíquico.
- ✓ Disminución de la capacidad de reservorio rectal: causado por la edad, radiaciones, tumores, isquemias, resección quirúrgica.



- ✓ Disminución de la sensibilidad a nivel rectal: causado por diabetes, mega recto, impactación fecal.
- ✓ Deterioro funcional del músculo puborectal y del esfínter anal: causado por traumas, cirugía, neuropatías u otras causas.

g) Cuidados Paliativos en Geriatría.(16)

“Curar a veces, paliar a menudo, confortar, siempre” (Anónimo).

Aunque no es propiamente un síndrome geriátrico, es un aspecto importante por la presencia en todos los niveles asistenciales de personas mayores susceptibles de cuidados paliativos por patologías no necesariamente oncológicas, como puede ser el deterioro cognitivo severo.

Los cuidados paliativos se han visto en alza durante los últimos 10 años, centrándose sobre todo en los pacientes oncológicos y enfermos de SIDA. Sin embargo, la evolución de la medicina paliativa en el paciente geriátrico y no oncológico ha sido más lenta.

La OMS define los cuidados paliativos como: “Cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa. El control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales son de especial relevancia. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes y su familia. Muchos de los aspectos de los Cuidados Paliativos deben ser empleados en fases precoces de la enfermedad, en combinación con los tratamientos activos con finalidad paliativa”.

Los modelos de atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos son diferentes en los países de nuestro entorno. Para realizar una adecuada asistencia a los pacientes terminales la OMS recomienda la existencia de los siguientes niveles asistenciales: atención domiciliaria, servicios de consulta con profesionales sanitarios expertos, centros de día y cuidados en instituciones cerradas.



Objetivos de los cuidados paliativos:

1. Alivio de los síntomas, principalmente el dolor.
2. Mantener la importancia de la vida, sin alargarla ni acortarla.
3. Ofrecer apoyo psicológico, social y espiritual.
4. Respetar siempre los criterios propios del paciente.
5. Considerar la muerte como algo natural.
6. Fomentar medidas que aumenten la calidad de vida.
7. Extender apoyo a familiares, durante la enfermedad y el duelo. Criterios diagnósticos de fase terminal:
 - ✓ Existencia de enfermedad avanzada, de evolución progresiva.
 - ✓ Presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes.
 - ✓ Pronóstico de vida inferior a seis meses.
 - ✓ Impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo profesional.
 - ✓ Ineficacia comprobada de tratamientos curativos.
 - ✓ Ausencia de tratamientos alternativos útiles.
 - ✓ Complicaciones irreversibles finales.

Depresión, ansiedad y delirio son los síntomas más comunes en el paciente terminal. Los síntomas psicológicos severos generalmente requieren tanto farmacoterapia como psicoterapia. La ansiedad se tratará con benzodiacepinas, neurolépticos o antidepresivos tricíclicos además de un soporte psicoterapéutico. La depresión prolongada requiere farmacoterapia con antidepresivos y psicoterapia y en algunas ocasiones puede ser necesario terapia electro convulsiva. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina) están asociados a menos efectos



secundarios que los antidepresivos tricíclicos, que presentan mayor incidencia de toxicidad anticolinérgica como estreñimiento, retención urinaria y efectos en la conducción cardíaca.

2.3 TRASTORNOS DEL HUMOR (5)

Los trastornos del humor se manifiestan con una gran cantidad de síntomas como: ánimo, aspecto triste, conversación triste, ideas y comportamientos suicidas, preocupación, culpabilidad, venganza, o sentimientos de inutilidad, fatiga, y falta de energía, alteraciones del sueño.

Las causas psicosociales comunes de la depresión, se encuentran la pérdida real o anticipada de la salud, la pérdida de la autonomía, de seres queridos cercanos, de roles y la disminución del auto concepto, con el consecuente aislamiento social.

Algunos de los síntomas de la depresión en el adulto mayor están las quejas somáticas, más que psicológicas, experimentando menos culpabilidad, y se muestran más apáticos y retraídos, negando sentirse deprimidos.

El paciente en esta situación siente que todo está cuesta arriba; hay una sensación de desamparo, desesperanza, inseguridad, labilidad afectiva, facilidad y recurrencia del llanto sin ningún factor que lo desencadene. También se dan trastornos vegetativos físicos. A veces se puede llegar al delirio de pobreza, persecución, hipocondría o de tipo culposo.

2.4 ENVEJECIMIENTO, FUNCIONALIDAD, Y AUTONOMÍA.(17)

El deterioro funcional es común en el anciano, donde causas potenciales incluyendo cambios relacionados con la edad y factores sociales y/o enfermedad podrían contribuir a su deterioro, cerca del 25% de los pacientes mayores a 65 años de edad requieren ayuda para la actividad básica de la vida diaria; bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo o actividades instrumentadas de la vida diaria; transporte, compras, cocinar,



utilizar el teléfono, manejo del dinero y toma de medicamentos; 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan de la ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria. Por lo que la evaluación funcional debe incluirse en todas las personas ancianas.

2.4.1 VALORACIÓN FUNCIONAL (18)

La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero impráctico por los modelos de atención médica; el objetivo es obtener información específica sólida de la declinación funcional que nos puede orientar a determinar necesidades y/o cuidados de salud médicos o quirúrgicos.

La información funcional incluye tres dominios: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentadas de la vida diaria y movilidad.

Existen algunos aspectos a tomarse en cuenta: la evaluación funcional no es solo dominio exclusivo de los profesionales de la salud, es decir, antes de evaluarlo se debe interrogar sobre lo normal o anormal para él o ella en cuanto a su función social, ya que algunas familias encuentran discrepancia entre lo normal o anormal en el envejecimiento y se podrían ocultar problemas médicos.

ÍNDICE DE KATZ (10)

En los decenios de 1950 a 1959 y 1960 a 1969 Katz y sus colaboradores estudiaron la habilidad funcional en un grupo de pacientes con fractura de cadera a partir de esto se formuló un instrumento para evaluar el pronóstico del anciano ante una enfermedad crónica o aguda, así como los resultados de un tratamiento determinado, el instrumento evalúa las capacidades de la persona para cubrir sus necesidades de vida diaria.

El índice de Katz es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del anciano para desempeñar las



actividades de la vida diaria en forma independiente. El índice clasifica la suficiencia del desempeño en las seis funciones de: *bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación.*

Validez y confiabilidad: en los 35 años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a puntajes. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de mayor edad se ha demostrado en forma constante.

A pesar de que este índice es sensible en los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores.

ESCALA DE CAPACIDAD FÍSICA. KATZ

Independiente: Sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indiquen más adelante. Se valora el estado actual y no la capacidad de hacerlas. Si un paciente se niega a realizar una función se considera que no la hace, aunque sea capaz de efectuarla.	
Baño ducha o bañera.	Independiente: necesita ayuda para lavarse una parte (como la espalda, o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda
	Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo: necesita ayuda para entrar o salir de la bañera o no se lava solo.
Vestido	Independiente: coge la ropa del armario y cajones, se pone la ropa, se pone adornos, y abrigo; utiliza cremalleras; excluye atarse los zapatos.
	Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
Uso de WC	Independiente: accede al retrete, entra y sale de él; se arregla la ropa; se limpia.
	Dependiente: usa orinal o cuna o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.
Movilidad	Independiente: entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla en forma independiente.
	Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama o la silla, no realiza uno o más desplazamientos.



Continencia	Independiente: control completo de la micción y defecación
	Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total, control total o parcial mediante enemas, sondas o el uso de orinales.
Alimentación.	Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye en la evaluación el contar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en el pan)
	Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o nutrición parenteral.
<i>Fuente: Katz, Ford AB, Moskowitz, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the age. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963;185:914-919.</i>	

2.4.2 DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA. (19)

La OMS los ha definido:

Deficiencia: se considera una pérdida de las funciones físicas o mentales, por alteraciones de índole anatómica o funcional de uno o más órganos, debido a enfermedades, envejecimiento o falta de uso.

Discapacidad: se refiere a la involución que altera la capacidad funcional global, la que no siempre ocurre en la deficiencia. Con la discapacidad aparecen dificultades para realizar determinadas actividades básicas o instrumentadas de la vida diaria.

Minusvalidez: representa las consecuencias sociales en individuos con discapacidad. Las caídas en personas mayores a 65 años están asociadas a complicaciones relacionadas con minusvalidez el origen de las caídas es multifactorial en la mayoría de pacientes ancianos, debido a que existen condiciones propias del paciente, aunado a factores de su entorno, los cuales se enumeran a continuación.

- Alteración de la función neuromuscular y la marcha: estos son los problemas secundarios a múltiples enfermedades como trastornos circulatorios periféricos, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, lesiones en áreas específicas del sistema nervioso central o secundario síndrome de caídas o inmovilidad.



- Alteraciones de los reflejos posturales: enfermedades como el mareo y vértigo que tienen alta prevalencia en los ancianos y pueden ser un reflejo de un sin número de enfermedades, para lo cual se requiere de un minucioso estudio para identificar la causa.
- Déficit sensorial: Principalmente alteraciones visuales y auditivas, ya que mantienen en desventaja a los pacientes para interactuar a su medio ambiente, de modo primordial si este es desconocido, y en combinación con los factores ambientales con la principal causa del desarrollo de actividades.

3 ADUTO MAYOR Y ALIMENTACIÓN (20)

Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano. Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

- ✓ Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- ✓ Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- ✓ Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.
- ✓ Factores Metabólicos: La disminución de la sensibilidad a la insulina y otras diversas alteraciones en el procesamiento de carbohidratos, puede conducir a la diabetes, se da un proceso de pérdida de agua corporal, se disminuyen los requerimientos calóricos, la baja ingesta de alimentos por el bajo apetito y las dificultades en la alimentación contribuyen a una



reducción en los niveles sanguíneos de electrolitos, lo que afecta el eficaz funcionamiento del metabolismo, aumentan los niveles de lípidos en sangre, que si no se monitorean y no se lleva una dieta adecuada, puede formar ateromas.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma.

3.1 ADULTO MAYOR Y MALNUTRICIÓN: (21)

La importancia que tienen los problemas de alimentación en el anciano va más allá del simple aspecto estético, se refiere a un problema de patología relacionada y aspectos de prevención tanto primaria, secundaria como terciaria

Es conocida la relación entre una mayor supervivencia en ancianos con factores como, abstenerse de fumar, limitar la ingesta alcohólica, realizar ejercicio físico regular, mantener un peso corporal proporcionado (no mayor del 30% ni menor del 10% del ideal).

La malnutrición en el anciano afecta entre un 53% de ancianos en la comunidad, observándose que en ancianos institucionalizados durante 6 meses o más existe desnutrición grave en el 18% y sobre nutrición grave en el 10%.

Está claro que la malnutrición es una situación endémica en las personas mayores y que las deficiencias proteico-calóricas y de micronutrientes pueden conllevar una disminución de las defensas inmunes, de la respuesta al estrés, de la función cognitiva y de la capacidad para el autocuidado.

El planteamiento desde un punto de vista de la alimentación está en dirigir los esfuerzos para conocer si en un anciano:

- 1) Su estado nutritivo es el adecuado o presenta parámetros desviados en cifras nutricionales.



- 2) Existe patología sobre la que intervenir: obesidad, desnutrición o caquepsia.
- 3) Existen síntomas clínicos relacionados con la nutrición: anorexia, polifagia, polidipsia.
- 4) La calidad y cantidad de los alimentos son adecuadas o no.

Los trastornos de los órganos de los sentidos, ingesta de fármacos asociados, alteraciones de la cavidad oral, incluso problemas sociales o limitaciones físicas, hacen que la alimentación “adecuada” se convierta en algo no asequible, no apetecible. En la relación anciano-alimentos podemos encontrar problemas de elección, transporte, elaboración, masticado, sabor, deglución y digestión, y como consecuencias, comen menos, siguen menús repetitivos y monótonos, aparece desnutrición y, por tanto, el problema se convierte en un objetivo sanitario primordial por su trascendencia.

Entre los fármacos que pueden influir en la absorción de los alimentos están los antiácidos y anti secretores gástricos, anticonvulsivantes, antibióticos, y laxantes. También es importante la alteración gustativa como ocurre con Nifedipino, penicilinas, quinolonas, IECAs y propanolol.

Cambios fisiopatológicos que predisponen a problemas nutricionales.

(22)

- ✓ Pérdida de piezas dentarias (tener en cuenta que la reposición no está financiada por la seguridad social lo que hace este problema frecuente).
- ✓ Pérdida de papilas gustativas, elevación del umbral del sentido del gusto.
- ✓ Sequedad de boca: Dificultad en el proceso de masticación, Menor sensibilidad olfatoria.
- ✓ Reducción del peristaltismo esofágico.
- ✓ Atrofia de la mucosa gástrica: menor absorción de hierro, calcio.
- ✓ Retraso de vaciamiento: Sensación de plenitud.



- ✓ Reducción del peristaltismo intestinal, sobre crecimiento bacteriano, menor secreción de lactasa: malabsorción intestinal.
- ✓ Estreñimiento: uso y abuso de laxantes. Cambios asociados con el modo de vida
- ✓ Pluripatología
- ✓ Comorbilidad: polifarmacia, menor actividad física, discapacidades, aislamiento, pobreza.
- ✓ Cambios psicológicos: hábitos alimentarios rígidos, desinterés, creencias y mitos erróneos.

3.2 REQUERIMIENTO NUTRICIONAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. (23)

Los requerimientos de energía disminuyen con el envejecimiento, debido a una declinación en la tasa metabólica basal y una reducción en la actividad física, por lo que la FAO y la OMS recomiendan reducir el consumo diario de energía promedio en las personas adultas mayores.

En una persona adulta mayor sana, el requerimiento promedio de energía es de aprox. 2200 kilocalorías (Kcal) (21). De esta energía promedio, el consumo de proteínas no debe ser menor del 12% del aporte calórico total de la dieta, siendo un gramo de proteínas un aporte de 4 Kcal; los lineamientos actuales de la FAO recomiendan que el 45 al 65% de las calorías totales diarias procedan de carbohidratos, al aportar un gramo de carbohidratos un aproximado de 4 Kcal; y finalmente, los lineamientos actuales recomiendan que no más de 25% del consumo diario de calorías procedan de lípidos, al ser un aporte de aproximadamente 9 Kcal en cada gramo de lípidos consumidos.

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que modifican las necesidades de diversos minerales (calcio, zinc, hierro, ácido fólico). Un estado mineral deficiente en este grupo poblacional es atribuible a un bajo consumo. (21,25)



Las recomendaciones nutritivas van en consonancia con la situación individual de la persona mayor, excepto en algunos aspectos importantes como la hidratación, (mínimo de 1.500-2.000 cc/día), con las modificaciones correspondientes en las situaciones especiales, fiebre, calor, sobre esfuerzo etc., ya que el mecanismo regulador del centro de la sed, tal y como ya se ha descrito anteriormente, pierde su eficacia y la deshidratación, aun siendo leve, favorece el estreñimiento y otros problemas directamente relacionados con las personas mayores.

3.3 MODIFICACIÓN DE LA PIRÁMIDE ALIMENTICIA PARA ADULTOS MAYORES. (20)

En el caso de los adultos mayores la pirámide alimenticia debe ser modificada para así enfatizar las opciones de alimentos ricos en nutrientes y la importancia del equilibrio de los líquidos.

Los adultos mayores tienden a necesitar menos calorías a medida que van envejeciendo, ya que no son tan activos físicamente como antes y sus tasas

metabólicas disminuyen. No obstante, sus cuerpos siguen requiriendo el mismo o un mayor nivel de nutrimentos, líquidos y ejercicio.

Las personas mayores deben centrar sus elecciones de alimentos en:

- ✓ Cereales integrales, enriquecidos y fortificados, así como cereales como el arroz integral y pan 100% de trigo integral
- ✓ Verduras de colores brillantes como zanahorias y brócoli
- ✓ Frutas de colores intensos como fresas, frambuesas y melón
- ✓ Productos lácteos bajos o sin grasa, como leche y yogurt bajos en lactosa (cuando no hay intolerancia a ésta)
- ✓ Frijoles y nueces, pescados, aves, carne magra y huevos
- ✓ Aceites vegetales líquidos y pastas bajas en grasas saturadas y grasas trans
- ✓ Ingesta de líquidos
- ✓ Actividad física como caminar, trabajar en casa y cuidar el jardín



Guía de alimentación saludable en la edad avanzada. Fuente: SENC 2004



Se recomienda:(21)

- ✓ Tres comidas completas como mínimo al día, o bien repartir los alimentos en pequeñas cantidades a lo largo del día.
- ✓ Promocionar el consumo variado de alimentos de cada uno de los distintos grupos de la pirámide alimentaria.
- ✓ El consumo diario de frutas, verduras y hortalizas frescas.
- ✓ Proponer el consumo de legumbres más de una vez por semana, cuidando las formas culinarias.
- ✓ Recordar la importancia de alternar el consumo de carnes con el de pescado y huevos.
- ✓ Aconsejar beber varias veces al día, aunque no se sienta sed.
- ✓ Sugerir un consumo prudente de azúcar, miel, productos azucarados, bollería y pastelería.
- ✓ Ofrecer variación en las técnicas de cocción y condimentación de alimentos y platos.
- ✓ Potenciar el sabor de los alimentos con hierbas aromáticas.
- ✓ Limitar el consumo de bebidas refrescantes y moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- ✓ Aconsejar tomar el aire y la exposición moderada a los rayos solares, así como fomentar cierto grado de actividad física (pasear, subir escaleras, bailar, nadar, etc.).
- ✓ Evitar proponer pautas dietéticas muy estrictas.

Cabe aquí poner de manifiesto que una alimentación adecuada durante la vida adulta es la mejor manera de preparar el envejecimiento y prevenir y/o retrasar la aparición de trastornos y patologías tales como: La osteoporosis, la sarcopenia, las desnutriciones de diversos grados, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión, las dislipemias y las disminuciones y demencias. Las patologías que se presentan en la vejez son la expresión de la “historia dietética” del individuo a lo largo de las distintas etapas de su vida.



3.3.1 MÉTODOS DE DETECCIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ESTADO NUTRITIVO.(5)

No existe un único indicador específico de salud nutricional, ni tampoco una prueba adecuadamente sensible o específica para ello, por lo que el uso de categorías de riesgo y herramientas de cribado nos ayudarán a identificar las personas a riesgo, para posteriormente hacer un estudio más exhaustivo de desnutrición.

La valoración del estado nutricional requiere un estudio minucioso y selectivo de todos los parámetros disponibles. Habitualmente tiene cuatro componentes:

- ✓ Medidas antropométricas: pliegue tricípital y subescapular, circunferencia muscular del brazo, peso, talla.
- ✓ Exploración física: estado de hidratación, valoración de la dentadura, capacidad de deglución.
- ✓ Antecedentes nutricionales. – Pruebas de laboratorio: albúmina, transferrina, recuento linfocitario, colesterol.

Entre los índices de cribado el Mini Nutritional Assesment (MNA) es el de mayor difusión. Sirve para la detección precoz de casos sobre los que intervenir, es fiable, estratificado, rápido, aceptado su utilización y además barato. Consta de 18 ítems, que abarcan aspectos antropométricos, dietéticos y parámetros subjetivos.

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal IMC, que es igual al peso (kg) dividida para la talla (m^2), y se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. Según este índice los puntos de corte varía para hombres y mujeres y según la edad. (5)



Indice de masa corporal normal

Hombres		Mujeres	
50 - 59 años	24.7 - 31	50 - 59 años	23.6 - 32.1
60 - 69 años	24.4 - 30	60 - 69 años	23.5 - 30.8
70 - 79 años	23.8 - 26.1	70 - 79 años	22.6 - 29.9
80 y más	22.4 - 27	80 y más	21.7 - 28.4



4 ADULTO MAYOR Y ACTIVIDAD FÍSICA. (18)

La disminución de la actividad física es uno de los factores que más afecta al estado nutricional de las personas de edad. Una menor actividad va a provocar una menor ingesta energética, lo que va a hacer difícil en muchas ocasiones, la vehiculización de nutrientes, especialmente vitaminas y minerales. Es por ello que existe en la actualidad un gran interés en transmitir a las personas de edad la necesidad de que mantengan un nivel de actividad física acorde con sus posibilidades. Además, el ejercicio físico realizado con regularidad puede retrasar la aparición de algunos síntomas que acompañan a las enfermedades degenerativas, manteniendo la capacidad funcional, paliando los cambios en la composición corporal y, en definitiva, contribuir a la autonomía y calidad de vida del individuo. (28)

Los beneficios de la actividad física se han conocido desde la antigüedad. Los diferentes tipos de ejercicios se han recomendado para los adultos mayores son los ejercicios aeróbicos, aquellos que aumentan la fuerza y mejoren el balance y los que mejoran la flexibilidad. En general, el más sencillo de realizar con muy buenos resultados y pocos riesgos es caminar.

Beneficios: prevenir la cardiopatía isquémica, deterioro funcional, demencia, osteoporosis y caídas.

Las recomendaciones específicas para el ejercicio en el adulto puede resumirse en: es necesario acumular al menos 30 minutos (en una o dividida hasta en 3 sesiones) de actividad física moderada en la mayoría, de preferencia en todos los días de la semana.

F. frecuencia: al menos tres días a la semana

I. intensidad: se recomienda iniciar con ejercicio moderado.

T. tiempo: 10 a 15 minutos de calentamiento y de enfriamiento; al menos 20 minutos de ejercicio.

T. tipo de actividad.



En los adultos mayores frágiles se pueden aplicar los mismos principios para la prescripción, la actividad a realizar depende de las habilidades funcionales preservadas, los recursos y, más aun, aquellas actividades que le ofrecen mayor diversión y pueden ser sostenidas.



5 ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA.(24)

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones; si no mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de estas.

Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término **“calidad de vida”**, que ha sido utilizado por especialistas de las diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada quien ha enfocado el termino de manera diferente, en consonancia con su profesión.

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales(25); sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

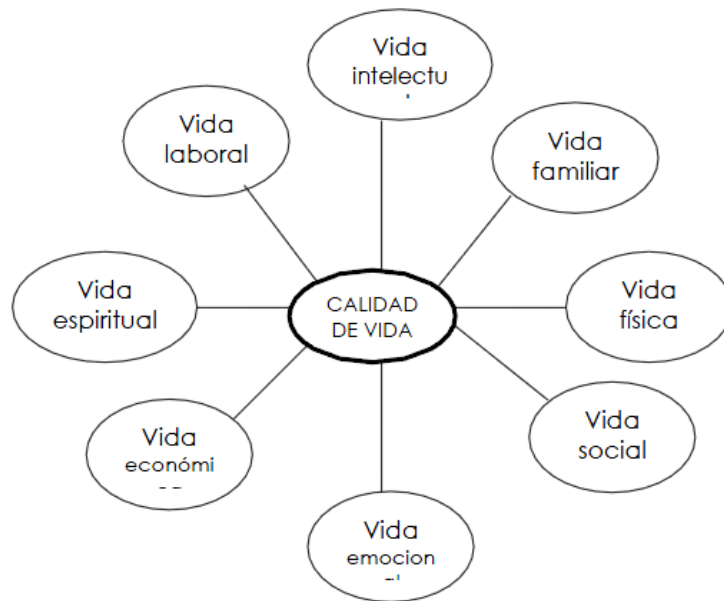
Para objetivar este término en los últimos años se ha dado importancia a las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar, y felicidad.(19)

La calidad de vida puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias y necesitadas de mejora. (4)

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y

psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.(19)

Se han descrito ocho áreas importantes para determinar la calidad de vida en el aciano, así como también en cualquier persona adulta. (11)



La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos.

Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.(26)

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.(27)



Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.(19)

Se puede entender la vejez –etapa final del proceso de envejecimiento– como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.(24)



6 FRAGILIDAD, DEPENDENCIA Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

CONCEPTO DE FRAGILIDAD⁽²⁸⁾

A pesar de que el concepto de fragilidad se halla ampliamente extendido en el ámbito de la geriatría y la gerontología, la palabra frágil sigue siendo utilizada muchas veces de manera inadecuada. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define la palabra frágil como algo débil que puede romperse con facilidad; en este sentido, podría decirse metafóricamente hablando, que el individuo frágil todavía no se ha roto, sino que tiene riesgo de romperse; en otras palabras, es todavía independiente, pero tiene riesgo de volverse dependiente. Asimismo, el término fragilidad ha sido ampliamente utilizado en la literatura anglosajona (frailty) para referirse al riesgo de discapacidad.

1. *Modelo de Brocklehurst.* Este modelo define la fragilidad como el riesgo de perder la capacidad de continuar viviendo en la comunidad. En otras palabras, la fragilidad sería como el «equilibrio precario» entre el estado de salud y los recursos sanitarios y sociales que se necesiten. La ruptura de este delicado equilibrio puede llevar a la dependencia, a la institucionalización y más tarde a la muerte.⁽¹⁰⁾

2. *Modelo de Buchner.* Este modelo define la fragilidad desde un punto de vista más biológico. Así, la fragilidad es referida como el 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 sitúan en riesgo de perderla. ^{(10), (28)}

La manifestación clínica de todo este proceso sería el inicio de la discapacidad. Este modelo, pues, tendría especial relevancia desde el punto de vista preventivo, porque permitiría detectar una fragilidad preclínica y el deterioro funcional previo al desarrollo de la dependencia. Queda claro finalmente que según este modelo, fragilidad no sería sinónimo de discapacidad (entendida como deterioro funcional estable), sino de deterioro funcional inestable o riesgo de sufrir deterioro funcional ante agresiones externas menores.



Ambos modelos pueden ser fácilmente integrados, considerando la fragilidad como un continuum que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, si éste progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sanitarios y sociales. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que más tarde puede llevar a la institucionalización y finalmente al fallecimiento.

Para unos, el término de fragilidad lo marca la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidados institucionales, el concepto de fragilidad entendido de modo independiente a la incapacidad es un concepto multifactorial. El anciano frágil tiene aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos, deteriorantes del estado de salud.(3)

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psicosocial que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.(29)

Son varios los aspectos que pueden influir a la hora de una persona mayor se sitúe en un estado de fragilidad:

- ✓ Situación y soporte social.
- ✓ Presencia de diferentes enfermedades, fundamentalmente crónicas.
- ✓ Ubicación del paciente por necesidad de hospitalización o de cuidados en instituciones residenciales.
- ✓ Situación basal funcional, que determina el estado de autonomía personal.



Teniendo en cuenta estos aspectos, se podría definir el perfil de estas personas mayores. Son pacientes en los que están presentes tres o más de estas características:

- ✓ Presencia de patología múltiple o patología crónica con alto poder incapacitante.
- ✓ Cierta grado de incapacidad que dificulta el autocuidado personal, precisando ayuda en la realización de actividades básicas de la vida diaria: alimentación, deambulación, higiene, vestido, uso del retrete.
- ✓ Mayores de 80 años.
- ✓ Presencia de deterioro cognitivo.
- ✓ Polifarmacia.
- ✓ Mala situación socioeconómica.
- ✓ Viudedad reciente. – Cambio de domicilio reciente.
- ✓ Haber sido hospitalizado recientemente.
- ✓ Situación que es causa potencial de deterioro funcional y pérdida de autonomía en el anciano (por ejemplo caídas frecuentes)

La identificación de estos pacientes, acompañada de una intervención precoz, se ha mostrado extremadamente eficaz a la hora de reducir el alto riesgo de dependencia de estas personas mayores.

Depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilización se gesta principalmente como dependencia en varios niveles:

- ✓ Económica (amplia y auto estimulada), dificultad para la competitividad y planeación.
- ✓ Afectiva que origina depresión
- ✓ Física. Que compromete el desempeño de actividades de la vida diaria, y deteriora la calidad de vida.



MARCADORES DE FRAGILIDAD(13)

- ✓ **Físicos:** Capacidad de autocuidado, independencia en actividades de la vida diaria, marcha, estado cardiovascular, continencia.
- ✓ **Bioquímicos:** Colesterol sérico, proteínas fijadoras de HC, testosterona, albumina, DHEA, hemoglobina.
- ✓ **Mentales:** pensamiento, memoria, depresión, ansiedad.
- ✓ **Sociales:** Pobreza, aislamiento, no pareja, no cuidador, pobre red de apoyo.



7 NORMAS, POLÍTICAS REGIONALES Y NACIONALES SOBRE LAS PERSONAS MAYORES.(30)

7.1 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA(6)

En América Latina y el Caribe, las personas de edad suman alrededor de 57 millones, 10% de la población total. En el lapso de cuatro décadas, su número se habrá más que triplicado, alcanzando 186 millones, lo que representará una cuarta parte de los habitantes de la región..

Estudios realizados por el CELADE-División de Población de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) concluyen que en la actualidad existe una enorme dispersión respecto a los derechos de las personas mayores en la doctrina internacional de los derechos humanos, lo cual deriva en ambigüedades para su reconocimiento y dificultades para su promoción y protección por parte de los estados, los actores internacionales y la sociedad civil.

En la actualidad, 13 países latinoamericanos cuentan con leyes de protección de los derechos de las personas mayores: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela, y al menos otros tres están trabajando en ello.

Este proceso de elaboración de normas, junto con la jurisprudencia de varios estados latinoamericanos, revela la emergencia de nuevos entendimientos y consensos en torno a los derechos de las personas de edad. En este contexto, la CEPAL ha hecho una enorme contribución a la construcción de las cuestiones de las personas mayores como asuntos de derechos humanos.



Según la CEPAL, el envejecimiento en Latino América y el Caribe se caracteriza por:

Rápido crecimiento: los países desarrollados envejecieron gradualmente durante un siglo; los países en desarrollo envejecerán rápidamente en menos de 30 años.

Pobreza: el mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América envejecerán siendo aún pobres.

Heterogeneidad e inequidad: el proceso de envejecimiento acentúa las diferencias biopsicosociales entre individuos; en América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género.

7.2 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ECUADOR.(6)

El Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), informó que en el Ecuador hay 1'229 089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la Sierra del país (596 429) seguido de la costa (589 431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo, nieto y esposo o compañero. (32)

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).



Un aspecto importante del proceso de cambio de la población es la feminización del envejecimiento, provocada por la mayor sobrevivencia de las mujeres. La esperanza de vida femenina es superior a la masculina en todas las edades, e incluso entre las personas de 65 años y más la diferencia a favor de las mujeres va aumentando con el tiempo, lo que resulta en un mayor número de ella en estas edades.

7.2.1 DEMOGRAFÍA(31)

La transición demográfica se manifiesta por la disminución de la tasa de fecundidad, la reducción sostenida de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la migración y los avances científicos que han influido en la longevidad.

Estas sociedades han pasado, desde el siglo XVIII, a través de etapas sucesivas: de un estadio de alta mortalidad/alta fecundidad, a otros de mortalidad/fecundidad “intermedias” y finalmente a un último, de baja mortalidad/baja fecundidad. Asimismo, se ha producido un incremento progresivo de la expectativa de vida al nacer y de la proporción de adultos mayores que sobreviven en estas sociedades (envejecimiento poblacional), proceso que ha estado determinado por la estructura previa por edades de la población, por el descenso de la mortalidad, por la reducción de la natalidad y, en algunos países, por una tendencia migratoria de los jóvenes.

Ecuador se ubica en el grupo de los países de transición plena, lo que significa que se han reducido en forma importante el nivel de la fecundidad y el ritmo de crecimiento de la población, y se han producido cambios en el peso relativo de los diferentes grupos de edades, o que a su vez está muy ligado a los cambios en la oferta de recursos humanos y en la demanda de bienes y servicios (CEPAL/CALADE/BID, 1996)

La fecundidad es la variable demográfica que más impacto tiene sobre la estructura por edades de una población, y en nuestro país ha mostrado drásticos cambios en los últimos 50 años. En efecto, de acuerdo a la



información del INEC, se obtiene que la tasa global de fecundidad (TGF) descendió en el país, de 6,7 hijos por mujer a comienzos de la década de 1960, a 2,1 en el quinquenio 2000-2005.

En relación a la esperanza de vida al nacer veremos que es el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, y en el Ecuador para el quinquenio 1.965–1970 la esperanza de vida al nacer era de 57,4 años, mientras que para el 2010 está calculada en 75 años, lo cual refleja los avances tecnológicos responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida, lo que hace que las personas vivan hoy más años que generaciones anteriores.

7.2.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA(5)

La transición epidemiológica es el cambio de un patrón de muerte y de causas de morbilidad dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades crónicas degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, con las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte.

Así tenemos que en el Ecuador, las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas.

Visto así el proceso de envejecimiento por el que estamos atravesando, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) para el 2030 se calcula que la población de personas mayores correspondan a la mitad de todos los niños y adolescentes, y que en el 2050 habrá menor número de adolescentes que personas adultas mayores, para lo cual debemos prepararnos con tiempo y lograr así la mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores.

Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia.



Entre las segundas están las enfermedades cerebro-vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y la violencia intrafamiliar.

En el 2010 las enfermedades no transmisibles, especialmente los accidentes de tránsito, isquémicas, hipertensivas, y metabólicas tipo diabetes, que están asociadas a costumbres, actitudes y prácticas de la población, en cuanto a alimentación, actividad física, estrés, entre otras, se encuentran en los primeros lugares de causas de muerte; mientras que aquellas enfermedades asociadas a causas medio ambientales como acceso a agua de mala calidad y la eliminación de excretas no controladas, disminuyeron de forma importante al mejorar las condiciones sanitarias. Es decir, el perfil epidemiológico se modificó, por la intervención de aquellas instancias del Estado, Ministerio de Salud Pública, Gobiernos Autónomos Descentralizados (prefecturas y municipios), responsables de las competencias medio ambientales y otras instituciones extra-sectoriales como el Ministerio de Educación, entre otros.

La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía, pero si agrupamos los 1802 casos de insuficiencia cardíaca con 1887 casos y el infarto agudo de miocardio, con 1311 casos de hipertensión arterial, y 696 casos de enfermedad cardíaca hipertensiva, se concluye que las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los adultos mayores en el país, para el mismo año.

Las tres principales causas de mortalidad en el adulto mayor, que provocan las $\frac{3}{4}$ partes de las muertes son: las enfermedades del corazón (predomina la cardiopatía isquémica), las neoplasias malignas (pulmón, mama, próstata y colon) y las enfermedades cerebrovasculares. Los accidentes asociados a caídas también son causa de mortalidad importante entre los ancianos, donde se destaca la fractura de cadera, con sus secuelas de inmovilización e infecciones intercurrentes como neumonía y úlceras por presión.



Por tanto, la morbilidad de la región se caracteriza por la presencia de enfermedades infecciosas y crónicas combinadas, lo que, sin dudas, debe ejercer un poderoso efecto sobre la distribución de los adultos mayores según su estado de salud y las necesidades de atención, aunque, en muchas ocasiones, es muy difícil distinguir entre los efectos de las enfermedades relacionadas con la edad sobre la salud de los adultos mayores y los propios del envejecimiento.

Mención aparte merecen cuatro condiciones con alta prevalencia en los ancianos y cuyas consecuencias conducen a un alto grado de discapacidad y limitación de la autonomía de las personas mayores. Estas son: las fracturas de la cadera ya mencionadas, la demencia y el deterioro de la visión y la audición.

El estado de salud actual de los adultos mayores es el resultado complejo de al menos tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante primeros cinco años), los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física), y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral). Por ello, el logro de un envejecimiento activo requiere acciones multisectoriales con un enfoque de promoción de salud y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. (4,5)

7.2.3 CONDICIONES SOCIALES.(4)

De acuerdo con el último censo 2010 la población adulta mayor es de 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría residía en la Sierra (596.429), seguido de la Costa (589.431). Las mujeres representan el (53,4%) y la mayor cantidad se ubican en el rango entre 60 y 65 años de edad, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Esto significa que las personas adultas mayores representan entre el 8 y 9 % de la población total del país.



El porcentaje de analfabetismo total de adultos mayores es de 26,9% para ambos sexos. Equivale a menos cinco a seis veces superior al de los más jóvenes.

Un aspecto fundamental es la condición de vida de la población adulta mayor: su situación conyugal, o estado civil, constituye un importante factor de protección de riesgo. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).

Según el tipo de hogar en que residen se puede apreciar que, en orden de importancia, los adultos mayores se encuentran en un 55,7% en hogares extensos (núcleo completo o incompleto con hijos); en un 9,3% en hogares unipersonales (personas que viven solas o con servicio doméstico), y en un 7,3% en hogares compuestos. Esto indica que, en un 90,6% de los casos, las personas mayores no viven solas, y que un elevado porcentaje (83,3%) se encuentra protegida por el ámbito familiar y no han sido desarraigadas del mismo.

Según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) la población adulta mayor total que se encuentra bajo la línea de pobreza llega a 537 421 personas. Hasta agosto de 2012, 579.172 adultos mayores acceden a la pensión de 35 dólares del Bono de Desarrollo Humano para adultos mayores.

7.3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.(3,5)

Los encargado de salud y las personas en generas debemos sacarnos de la mente esa imagen de adultos mayores enfermos, incapacitados o moribundos que asimilamos. Hay que pensar que 94% de los adultos mayores viven en la comunidad y 71% de estos están en muy buenas condiciones de salud.

En el 2007 el Ministerio de Salud Pública promulgó las Políticas de Salud al incorporar al modelo de atención del adulto mayor como una de ellas, centrado en la familia, la comunidad con enfoque intercultural, de género,



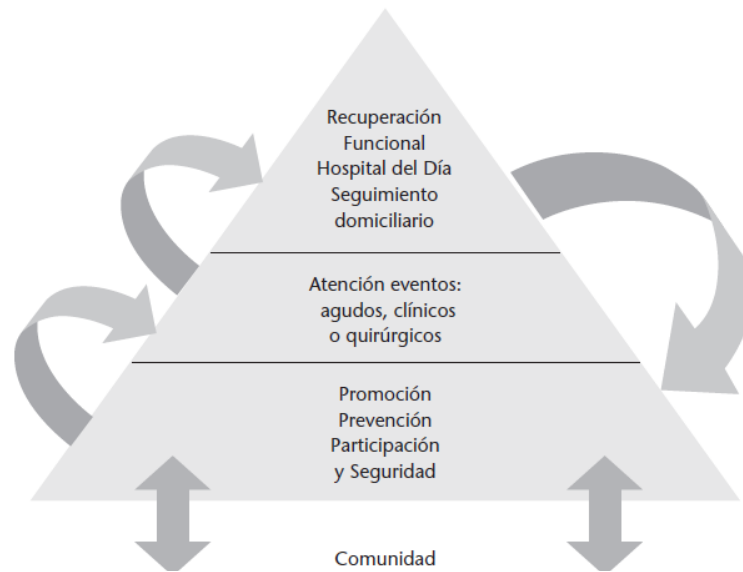
intergeneracional y territorial basado en los principios de la Atención Primaria de Salud, que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución vigente.

El modelo considera al individuo, la familia y comunidad como el centro de su accionar y busca mejorar la calidad de vida. Tiene estrecha relación con el “*Buen Vivir*”, de acuerdo al Art 14 de la Constitución que, en el caso concreto de las adultos mayores, población marginada, ayuda y propicia la atención y cuidados continuos que necesita, adaptando el sistema a las necesidades del adulto mayor, a través de la coordinación entre los diferentes niveles, para devolver la independencia física, mental y social que en algún momento pueden haberla perdido. Establece mecanismos de evaluación y control a través de indicadores de gestión e impacto.

Las políticas de salud actuales pretenden que el sistema de salud se adapte a las necesidades de las personas adultas mayores, trabajando en el primer nivel de atención que incluye la comunidad, en el proceso de envejecimiento natural mediante acciones de promoción, prevención, valoración geriátrica integral oportuna, referencia y contra referencia, que permita mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la “independencia y autonomía”.

Son competencias y responsabilidades que, en el sistema de salud, se complementan en el segundo y tercer nivel de atención (hospitalización), donde se manejará los eventos agudos clínicos o quirúrgicos, a través de la unidad de agudos, unidad de mediana estancia o recuperación funcional, hospital del día y de seguimiento hospitalario a domicilio, mediante el equipo interdisciplinario, en casos de requerir vigilancia médica y cuidados de enfermería especiales y el paciente no cuente con soporte familiar y económico.

Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continua, progresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes y autónomas, así como en episodios agudos, el seguimiento en la rehabilitación para prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia. (5)



7.4 NORMATIVA GENERAL GERONTO-GERIÁTRICA. (5,30)

- ✓ Todas las unidades operativas de los tres niveles de atención establecerán mecanismos que permitan el acceso a la asistencia continua, progresiva y gratuita a todas las personas adultas mayores.
- ✓ El personal de salud brindará a toda persona adulta mayor trato humanizado, fomentará la funcionalidad física y la autonomía personal para prevenir complicaciones que pueden llevarla a la dependencia.
- ✓ El personal de salud que atienda personas adultas mayores, llenará correctamente el formulario MSP-057 “Atención Adulto Mayor” de la historia clínica única. En la primera consulta, independiente del motivo de la misma.
- ✓ En el continuo asistencial y progresivo a las personas adultas mayores, el personal de salud tendrá la obligación de realizar la valoración geriátrica integral, previa cita programada en el nivel ambulatorio y como parte de la atención en internación.
- ✓ El personal de salud que atienda a personas adultas mayores incluirá y explicará a la familia la condición del adulto mayor, su participación en el proceso continuo asistencial y progresivo



- ✓ El personal de salud que atiende personas adultas mayores garantizará el ejercicio de los derechos de salud intercultural y el desarrollo para el pleno ejercicio del “buen vivir”.
- ✓ En todas las unidades operativas, se aplicará los estándares e indicadores de calidad, para monitorear y evaluar el proceso de implementación de las normas y mejorar el desempeño del personal de salud

7.5 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.(18,32)

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.(10)

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor.

La valoración geriátrica integral, comprende: la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente.

- ✓ Tamizaje rápido: determinar las condiciones geriátricas
- ✓ Valoración clínica y de laboratorio
- ✓ Valoración funcional: índice de Kats modificado, Lawton y Brody modificada
- ✓ Valoración psíquica-cognitiva: valorar déficit cognitivo depresión
- ✓ Valoración nutricional: IMC y medidas antropométricas
- ✓ Valoración social: evalúa situación socioeconómica y familiar.



MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, analítico, de corte transversal, realizado en adultos mayores moradores del Barrio Zalapa de la ciudad de Loja.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el barrio Zalapa de la ciudad de Loja, ubicado al noroeste de la ciudad, perteneciente a la parroquia El Valle, en sectores particulares tales como: El Seminario Mayor, Zalapa Bajo, Capulí, San José, Zalapa Alto y Tierra Blanca.

Este sector urbano marginal de la ciudad está a 15 minutos, aproximadamente, desde la vía principal a Sauces Norte, se caracteriza por ser un sector netamente agrícola y ganadero. Tiene bondades naturales que permiten respirar un aire fresco y sin tener la contaminación del ruido vehicular, viven más de 200 familias distribuidas en los distintos sectores.

UNIVERSO

El universo lo constituyeron los adultos mayores hombres y mujeres del Barrio Zalapa, que son aproximadamente 130.

MUESTRA

Constituida por 63 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se estudiaron a las personas de 60 años cumplidos o más, que cuenten con cédula de identidad donde conste la edad exacta, que residen permanentemente en el sector.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Personas que residen en el sector menores a 59 años, personas de 60 años o más que no deseen colaborar con el trabajo de investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista estructurada.

Se aplicó una encuesta en la cual se indagó por variables sociodemográficas, biológicas, y psico-social; se determinó el estado nutricional, a través del IMC; la actividad física diaria para clasificar a los adultos mayores como activos o sedentarios; además se determinó la fragilidad y el nivel de independencia o dependencia del adulto mayor.

PROCEDIMIENTO

Para poder realizar el presente trabajo de investigación se coordinó con los líderes de la comunidad a quienes se les informó del proceso de investigación, se hizo el contacto de forma oral y escrita para obtener su consentimiento informado.

Una vez obtenidos los respectivos permisos, consentimiento informado, y luego de la socialización con la comunidad de los objetivos y metas de la investigación se realizó visitas domiciliarias a las personas mayores de 59 años residentes en los diferentes sectores del Barrio Zalapa, para la aplicación de la encuesta.

Para la valoración de los aspectos psicosociales nos guiamos en las Normas de Atención Integral del Adulto Mayor del MSP del Ecuador, donde evalúa como factores importantes el vivir solo, viudez reciente, escaso ingreso económico, dependencia económica, no tener hijos, el apoyo familiar y social.

Para la evaluación de la fragilidad, se utilizó tres métodos, la auto percepción que los adultos mayores tienen en cuanto a su estado de salud, memoria y la capacidad para realizar las actividades diarias; un cuestionario basado en la



escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) creada en el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad “CITED” que define fragilidad con la presencia de tres de los siguientes criterios: Pérdida de peso no intencionada de 5Kg o el 5% del peso corporal en el último año, Debilidad muscular, Baja resistencia cansancio, Lentitud de la marcha, Nivel bajo de actividad física; y el índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz y escala de actividades instrumentadas diarias de Lawton-Brody modifica clasificando de esta manera a los adultos mayores como independiente, dependientes parciales y dependientes totales.

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.

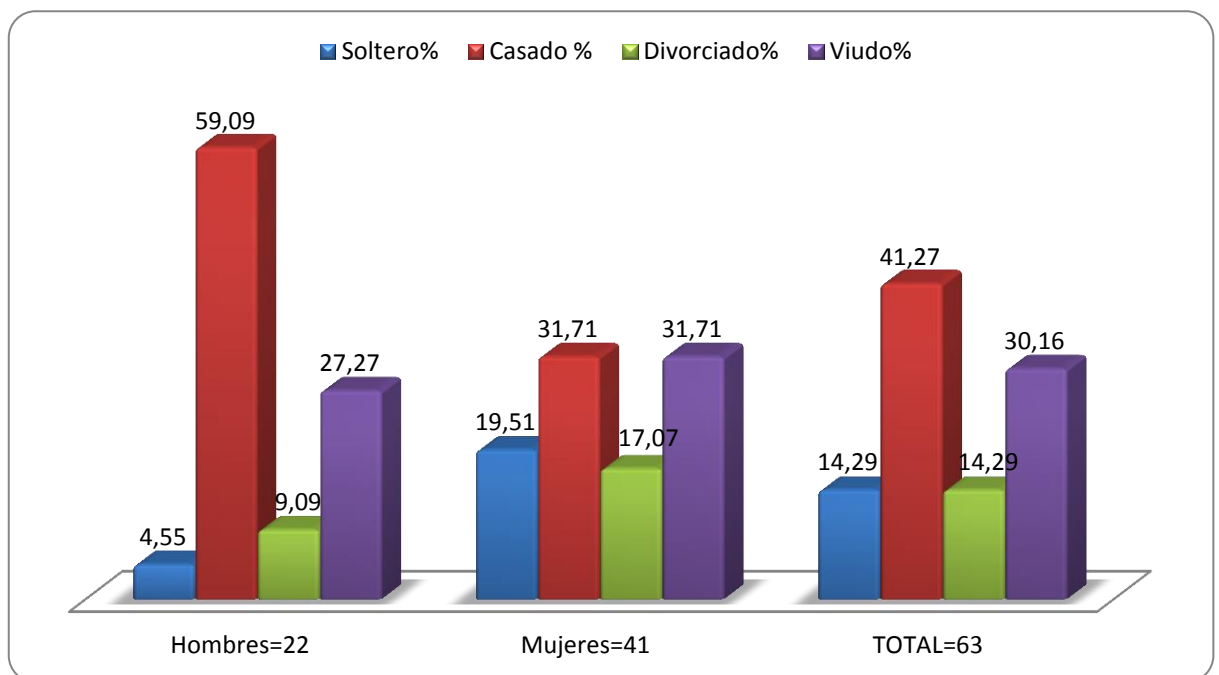
La información una vez recolectada fue procesada y tabulada para la realización de tablas estadísticas en Microsoft Excel para su posterior análisis y de esta manera plantear las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Unas vez obtenidos todos los resultado se realizó dos conferencias educativas con los adultos mayores que colaboraron en el estudio y los moradores del sector donde se abordaron temáticas acerca de una alimentación adecuada para esta etapa de la vida, la actividad física diaria, se incentivó al mejoramiento del apoyo familiar y social para estas personas, y la continua atención médica.

RESULTADOS.

FACTORES BIO-DEMOGRÁFICOS

Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESTADO CIVIL, Y GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA.



Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

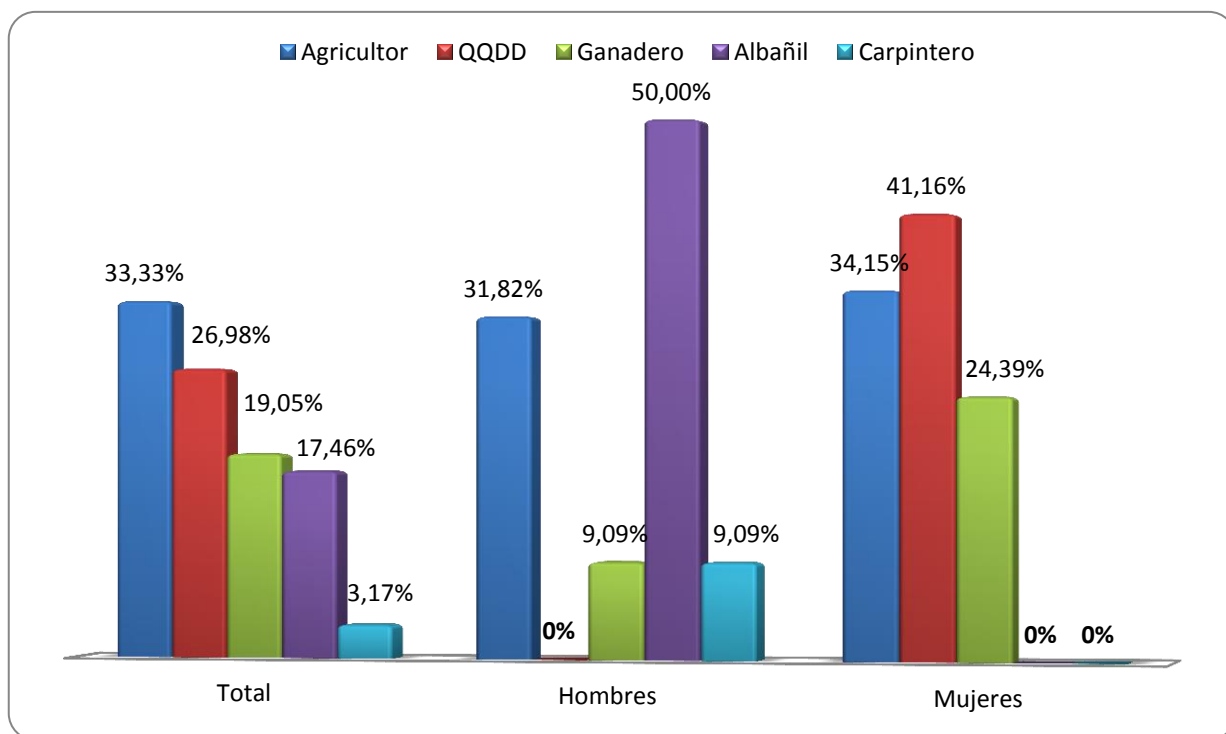
Responsable: Ana Palacios Arias

Análisis:

Como refleja el gráfico más de la mitad de los adultos mayores del Barrio Zalapa son mujeres (65,08%), la gran mayoría de la población está casada 41,27% y el menor porcentaje son los solteros y divorciados (14,29%)

En los hombres el estado civil menos frecuente es el soltero (4,55%) y en las mujeres las divorciadas con 17,07%.

Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR OCUPACIÓN Y GÉNERO DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

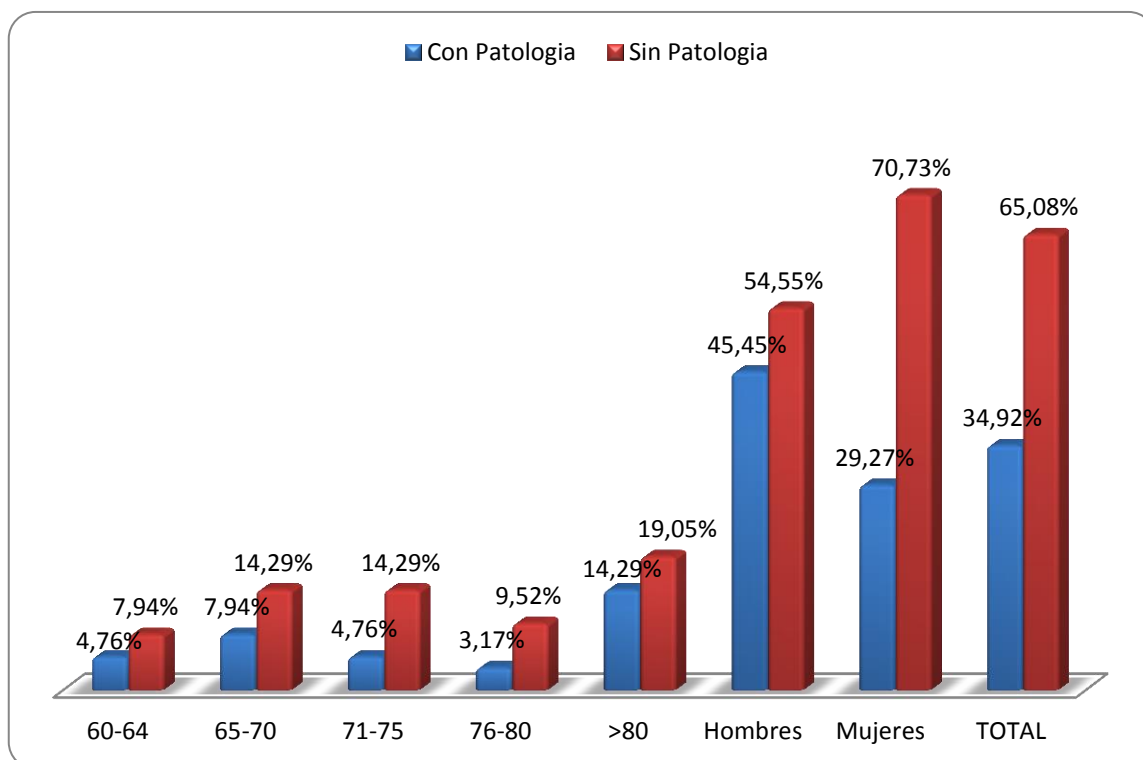
Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis

En cuanto a la ocupación sugiere que esta población se dedica a la agricultura (33,33%); seguida de quehaceres domésticos (26,98%); al considerar por género la ocupación que predomina en las mujeres son los quehaceres domésticos (41,46%), mientras que en los hombres impera la albañilería (50%).

ESFERA BIOLÓGICA

Gráfico 3. PRESENCIA DE MORBILIDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA SEGÚN EDAD Y GÉNERO.



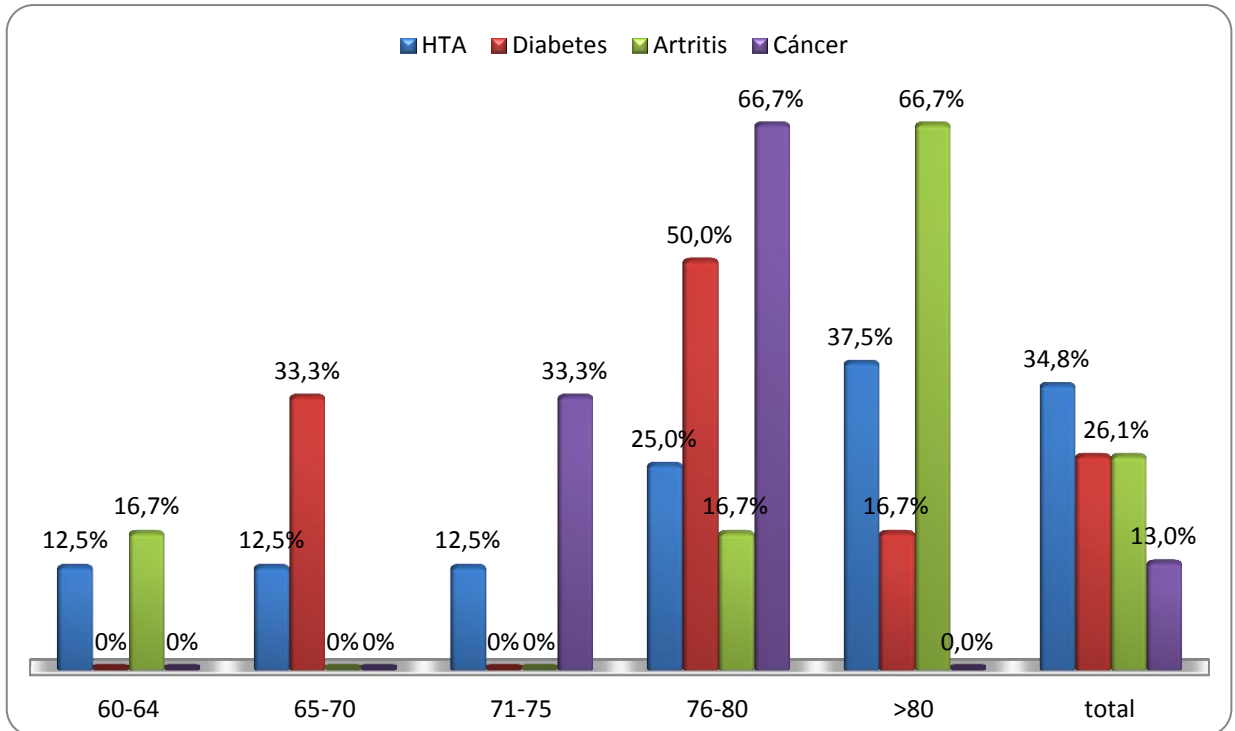
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

El 65,08% de la población no presentan patología diagnosticadas. Destaca que las personas de más de 80 años el 19,05% no presentan patologías. En relación al género las mujeres sin patología son más del 70%, y los hombres más del 50%.

Gráfico 4. ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA POBLACIÓN POR EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA.



Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014
Responsable: Ana Palacios Arias.

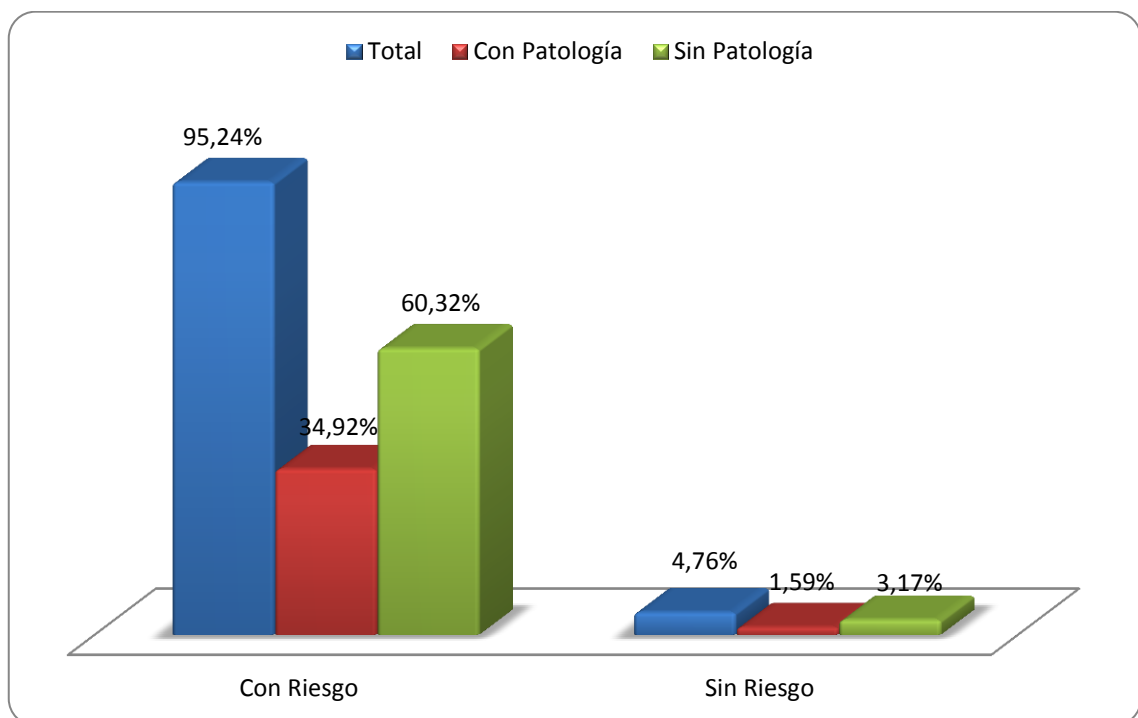
Análisis:

Se puede apreciar que las enfermedades crónicas degenerativas son las patologías de prevalencia. Ocupando el primer lugar la Hipertensión Arterial (HTA) (34,78%), seguido de la Diabetes Mellitus tipo2 y la artritis (26,09%).

Las edades más avanzadas manifestaron tener una proporción mayor de problemas de salud que los otros grupos etarios, siendo el grupo de más de 80 años en el que refiere con mayor frecuencia presentar, artritis 66,67%. Mientras que la diabetes es más frecuente en personas de 75 a 80 años.

FACTORES DE RIESGO PSICO-SOCIALES

Gráfico 5. FACTORES DE RIESGO PSICO-SOCIALES EN RELACION CON LA PRESENCIA DE PATOLOGIA EN EL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



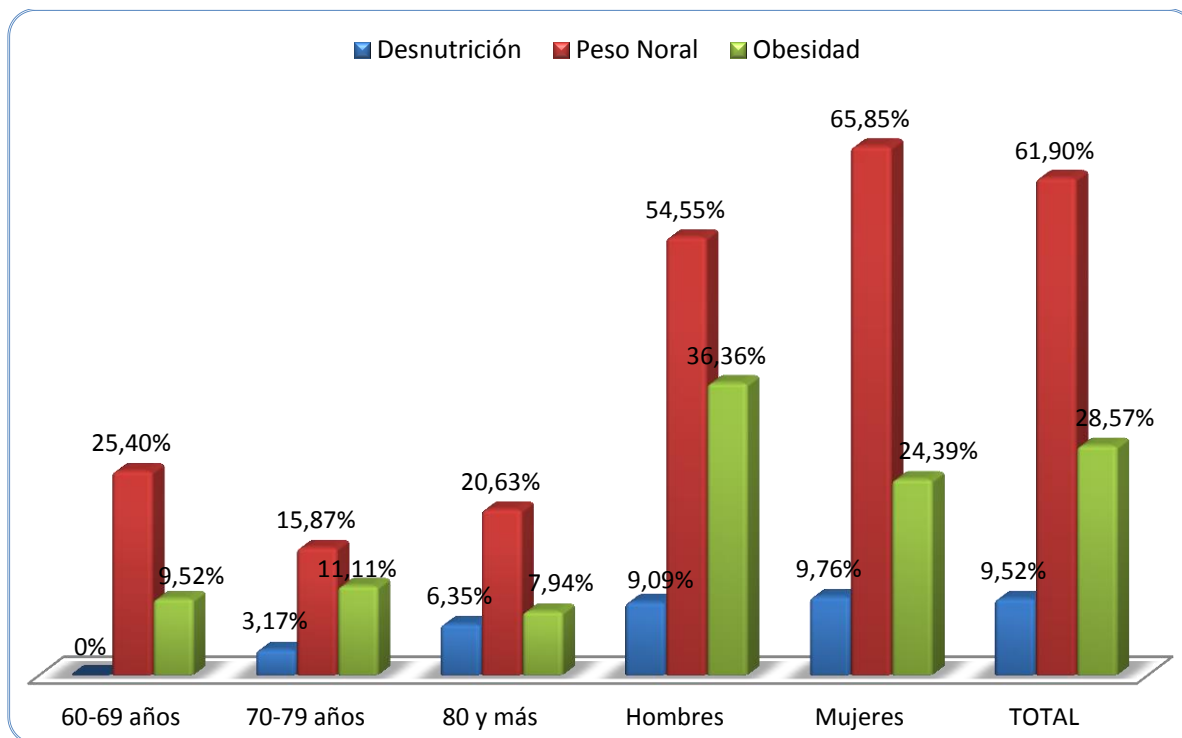
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

En este estudio se obtuvo que el 95,24% de los adultos mayores se encuentran en riesgo psico-social y de estos la mayoría (60,32%) no presentan patología, y de los que no tienen riesgo psicosocial un porcentaje mínimo el 1,59% presentan patología.

Gráfico 6. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA EDAD Y GÉNERO DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



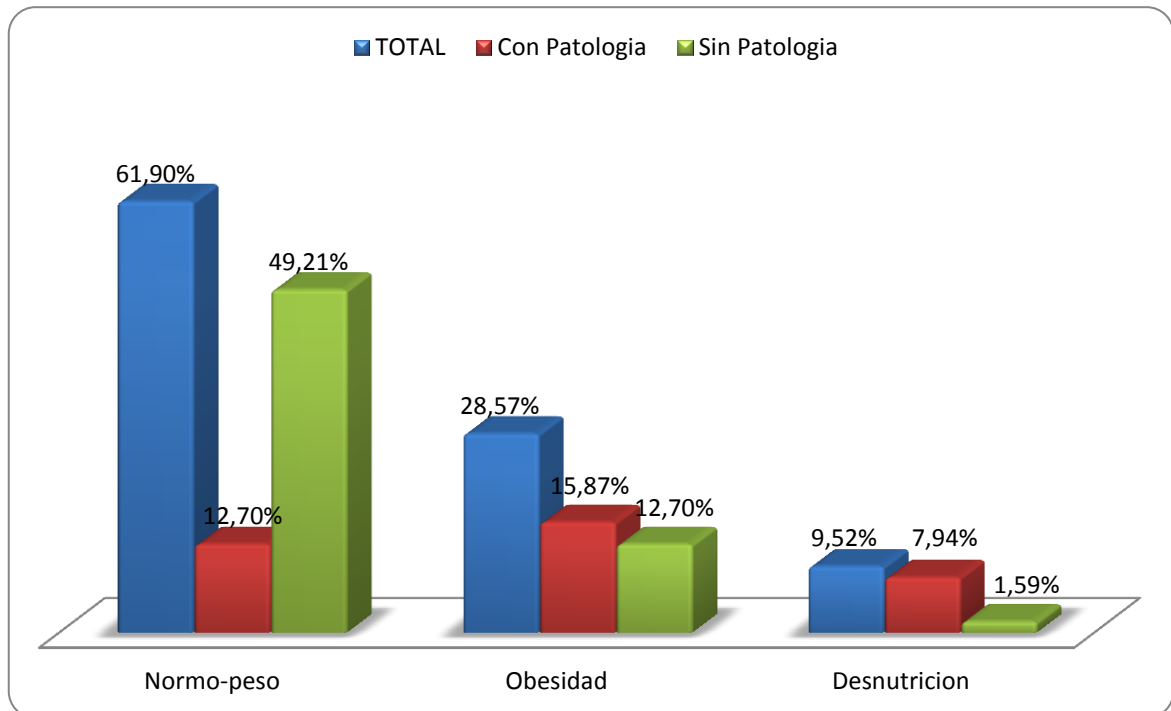
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014
Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

Más de la mitad de la población se encuentra dentro de valores de peso adecuado (61,90%) y de estos predominan las mujeres con un 65,90 %.

El estado de malnutrición que predomina es la obesidad (28,57%). En cuanto al género la desnutrición se encuentra en niveles cercanos en ambos sexos no sobrepasa el 10%.

Gráfico 7. ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE PATOLOGÍAS EN EL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



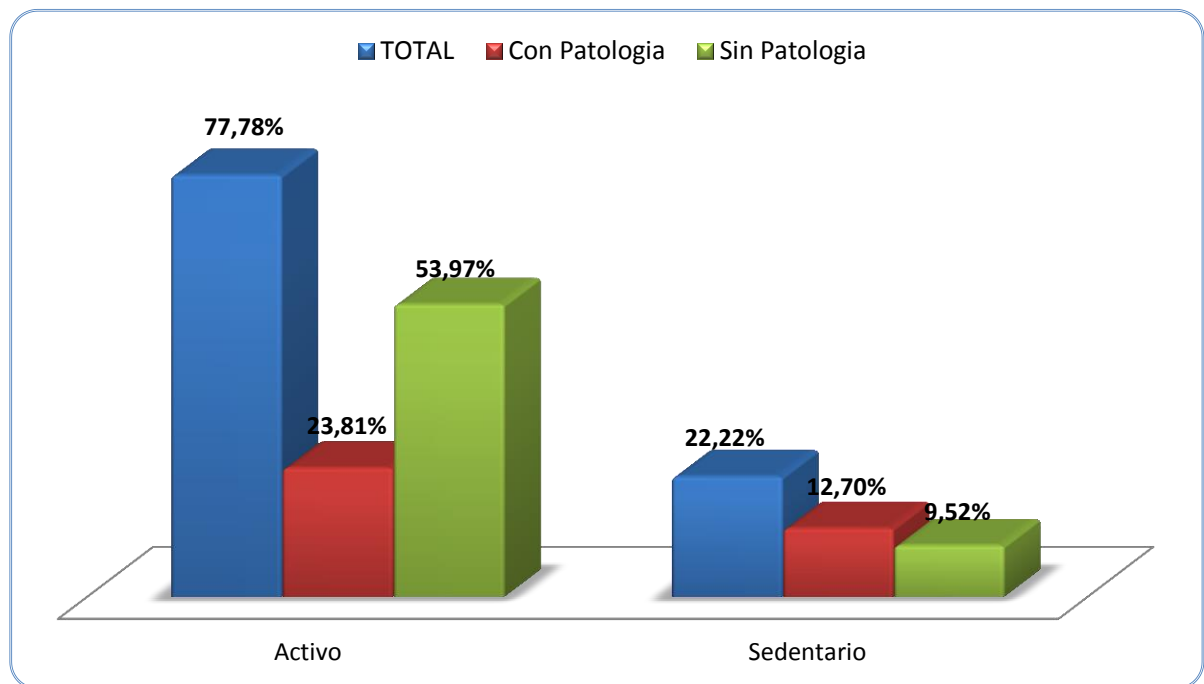
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

Al relacionar estas variables en nuestro estudio revela efectivamente que la mayoría (49,21%) de las personas con un peso adecuado no reportan problemas de salud, en tanto que las personas con obesidad presentan problemas de salud (12,70 %); al igual q las personas con desnutrición (7,94%).

Gráfico 8. ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA RELACIONADO CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE PATOLOGÍA



Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

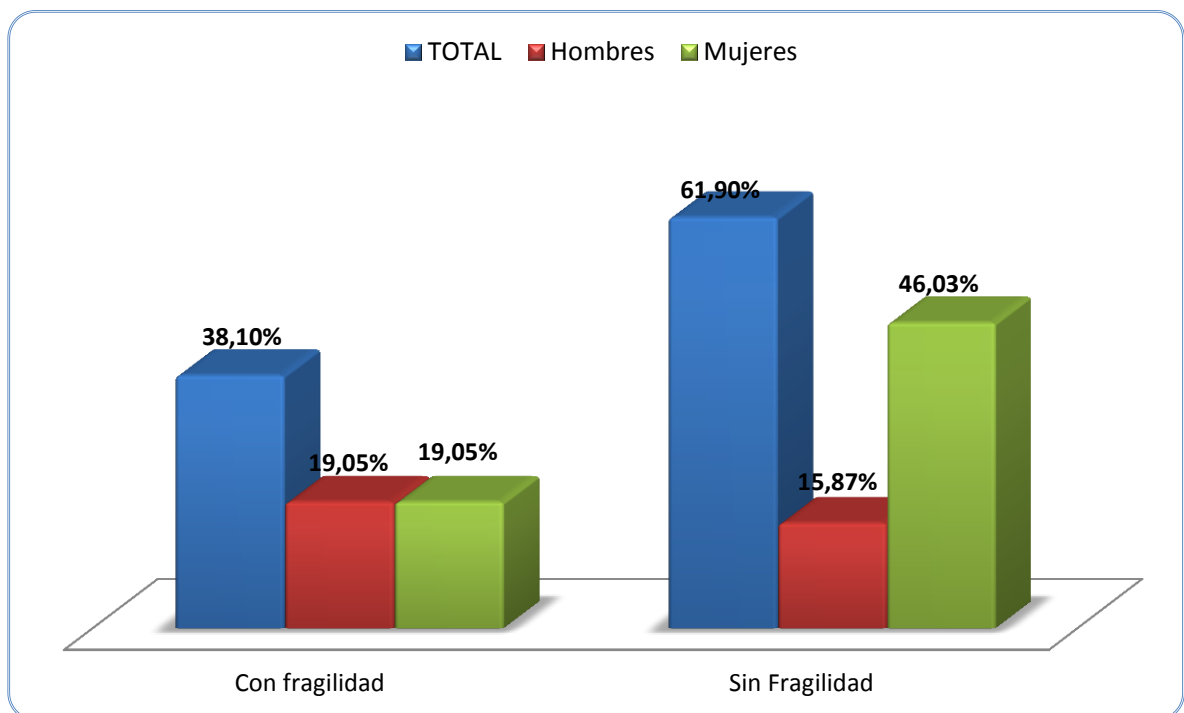
Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

La relación de la actividad física y presencia de patologías revela que del total de personas activas la mayoría(53,97%) no presenta patologías mientras que los adultos mayores sedentarios más de la mitad presenta patologías añadidas, entre las que destacan las enfermedades crónicas degenerativas, como HTA y diabetes.

VALORACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA

Gráfico 9. NIVEL DE FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA POR GÉNERO



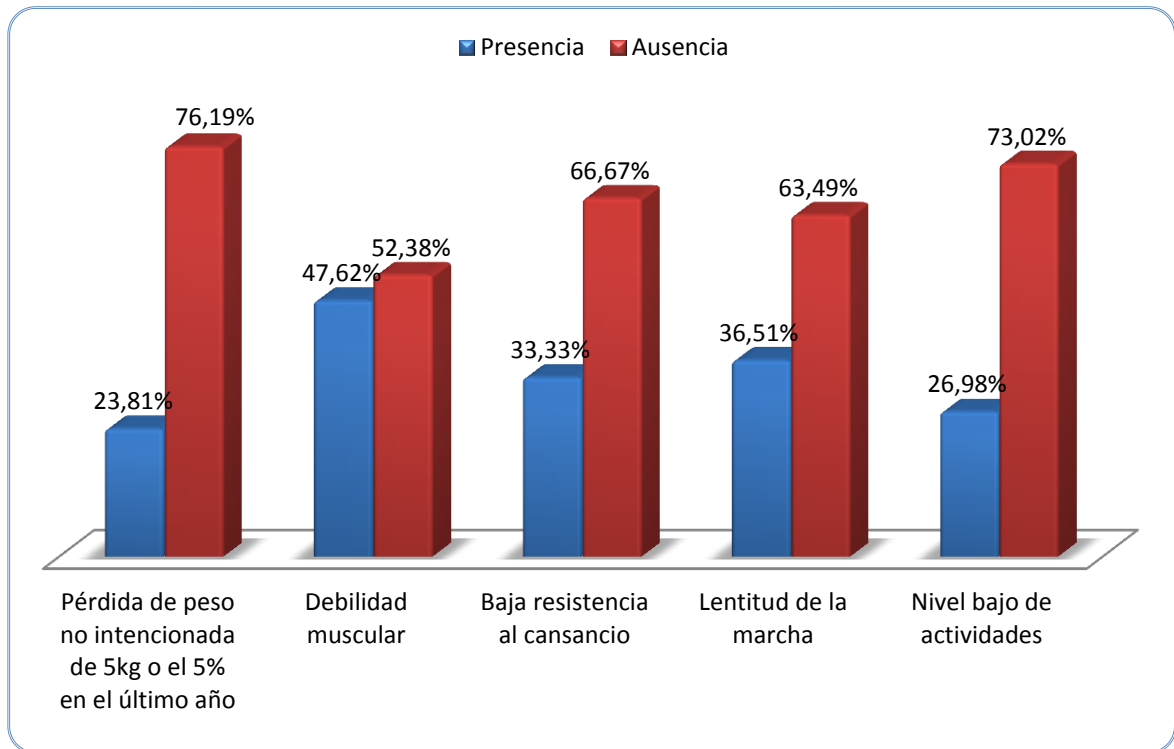
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

Los adultos mayores de este sector carecen de fragilidad, más de la mitad no tiene factores de fragilidad, y la mayoría corresponde a mujeres. Al comparar la fragilidad según el género en hombres la tendencia es la presencia de fragilidad (19,05%) y en las mujeres la ausencia de fragilidad (46,03%).

Gráfico 10. VALORACIÓN DE FRAGILIDAD SEGUN ESCALA GERIÁTRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (EGEF), DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



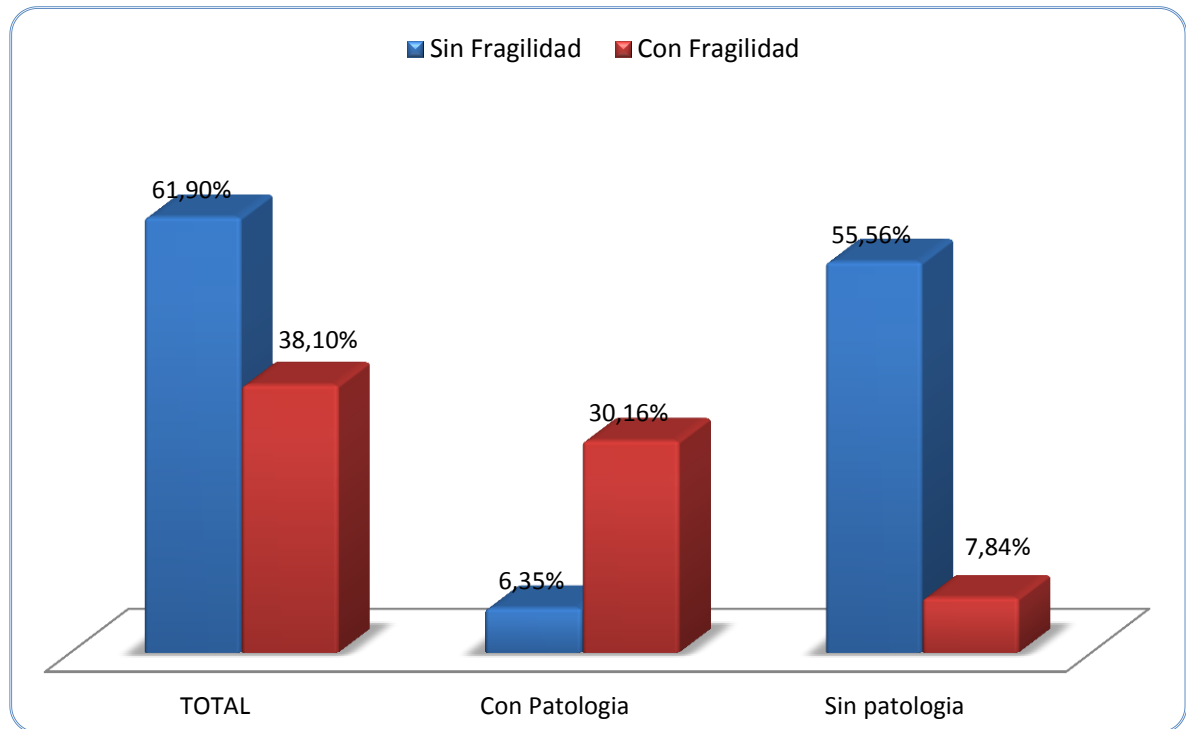
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

En el grupo de los adultos mayores se presentan varios factores propios del envejecimiento que determinan o predispone al aumento de la fragilidad, entre los más frecuentes dentro de nuestra población es la debilidad muscular (47,62%), seguida de la lentitud para la marcha (36,51%).

Gráfico 11. NIVEL DE FRAGILIDAD DE LA POBLACIÓN RELACIONADA CON PRESENCIA O AUSENCIA DE PATOLOGIA DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA.



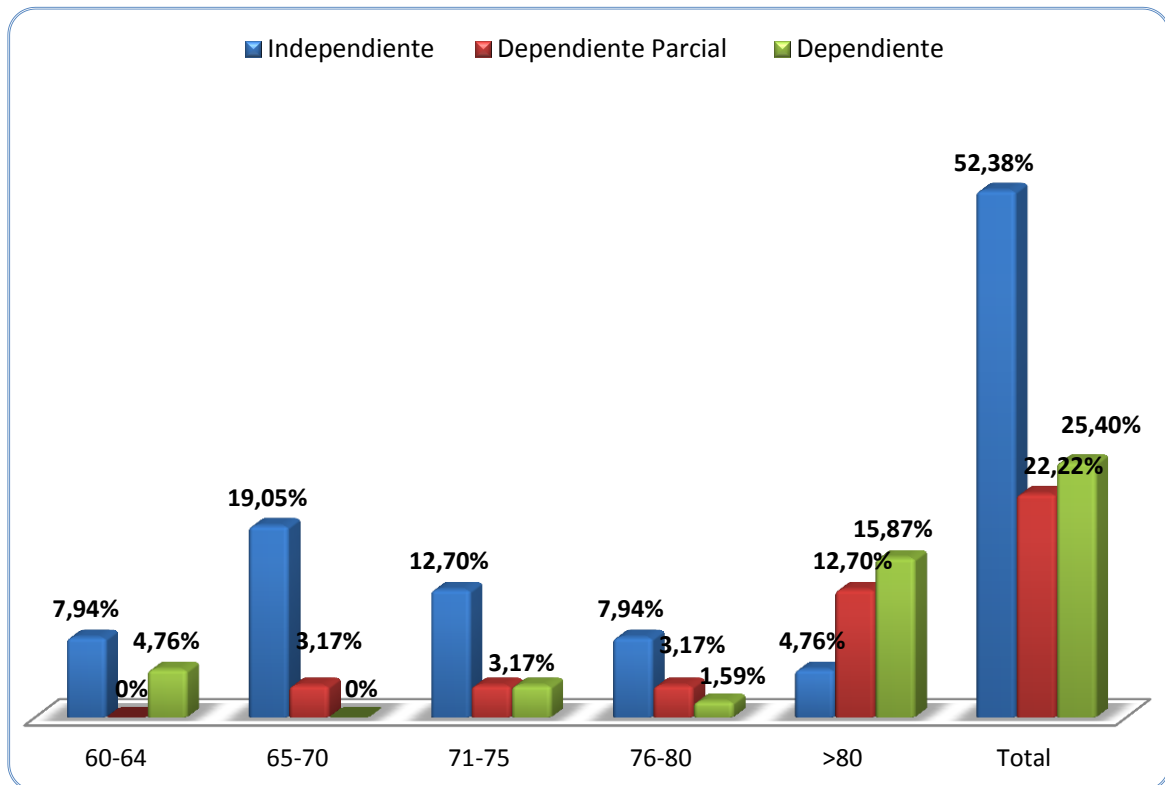
Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.

Análisis:

Relacionando el nivel de fragilidad con la presencia de patología en la población de adultos mayores aquellos con fragilidad (38,10%) la mayoría presenta patologías (30,16%) mientras que de los sin fragilidad más de la mitad (55,56%) no presenta patologías, dándonos una proporción directa de la relación de presencia de fragilidad con presencia de patologías.

Gráfico 12. NIVEL DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO ZALAPA



Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias

Análisis:

La prevalencia de independencia es relativamente alta 52,38% y con predominio entre las edades de 65-70 años. La dependencia total aumenta con forme aumenta la edad de la población es así que alcanza su mayor frecuencia en mayores de 80 años 15,87% y valor nulo entre los 65,70 años.



DISCUSIÓN

Al analizar el punto de vista demográfico, el 33,3% de la población se encuentra en el grupo etario de mayores de 80 años; según el género revela una mayor esperanza de vida en el género femenino teniendo del total de la población el 65,08% son mujeres y tan solo el 34,9% representa al género masculino. Estos resultados concuerdan con EL ESTUDIO NACIONAL DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES realizado por el “Servicio Nacional Del Adulto Mayor” del gobierno Chileno en el 2009 donde, según los datos del estudio, el promedio de edad de las personas mayores se sitúa en los 71 años. En cuanto al género, las personas mayores en su gran mayoría son mujeres (63,2%) frente al 36,8% de hombres.

Cuando se analiza a las personas mayores según el estado civil que presentan, los adultos mayores del barrio Zalapa el 41,27% están casados, el 14,29% son solteros y divorciados. Estos resultados no están muy lejanos de otras realidades en Latinoamérica, así en Chile, encontramos que el 40,5% de los adultos mayores son viudos(as), el 38,4% se encuentra casado(a), y el 9,9% está soltero(a).

El panorama de ocupación en este estudio refleja que la población de adultos mayores del barrio Zalapa se dedica a la agricultura (33,33%); quehaceres domésticos (26,98%); seguido de la ganadería (19,05%); estos datos desacuerdan en comparación con los datos del estudio en CHILE del 2009, del total de las personas mayores del país, el 20,9% se encuentra ocupada en algún empleo, a diferencia del 79,1% que se encuentra desocupado(26,27).

Al evaluar la presencia de enfermedad en los adultos mayores reflejó que más de la mitad (63,49%) carece de problemas de salud, de estas cerca de la mitad corresponden a mujeres (45,53%). Se puede apreciar que las enfermedades crónicas degenerativas son las patologías de prevalencia que están asociadas claramente a los procesos de envejecimiento. Ocupando el primer lugar la HTA, seguido de la Diabetes Mellitus tipo2 y la artritis. En comparación con el estudio Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de



Antofagasta (18) se encontró que estos resultados discrepan con nuestra realidad dado que, en esta población la totalidad presenta algún problema de salud diagnosticado y las patologías crónicas que se presentan con mayor frecuencia fueron: 46,3% hipertensión arterial (HTA); 27,9% problemas osteoarticulares; 19,9% hipercolesterolemia y diabetes mellitus 17,7%.

Al hablar de los factores psico-sociales que afectan al adulto mayor, los adultos mayores del Barrio Zalapa más del 90% se encuentran en riesgo, siendo el factor más frecuente el escaso ingreso económico, seguido de la dependencia económica de un familiar (anexo4). Según otros trabajos revisados se recoge una cifra que oscila entre el 10 y el 20 % de ancianos solos en el Caribe, y la propensión a vivir solos aumenta con la edad. En América Latina los adultos mayores en riesgo psicosocial se acerca al 60%, que no está muy distante de los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En cuanto al estado nutricional, en nuestro estudio, más de la mitad de los adultos mayores del Barrio Zalapa, se encuentra dentro de valores de peso adecuado (61,90%). Las personas con malnutrición también revelan un porcentaje importante representado en su mayoría por personas con obesidad (28,57%). Esto revela efectivamente que la mayoría (49,21%) de las personas con un peso adecuado no reportan problemas de salud, en tanto que las personas con obesidad expresan tener uno o más problemas de salud (12,70 %). Esto difiere con el estudio chileno que reporta un alto nivel de desnutrición en los adultos mayores y los que presentan en especial patologías como Diabetes Mellitus tipo2 e HTA.

Los adultos mayores del barrio Zalapa en su mayoría se mantiene en actividad física como caminatas (77.78%), siendo las mujeres las que se mantienen en mayor actividad que los hombres. La relación de la actividad física y presencia de patología del total de personas activas el 53,97% no presenta patologías mientras que los adultos mayores sedentarios más de la mitad presenta patología añadida. En una comuna de Cuba en 2010 se determinó que los adultos mayores son en su mayoría sedentarios (74,5%), además estudios en ancianos frágiles institucionalizados en el Centro Gerontológico "Julia Mantilla De Corral" Chimborazo, han mostrado que el ejercicio de resistencia



consiguen hasta un 11,3% de mejoría en el estado de salud de los adultos mayores.

Los adultos mayores del sector de Zalapa carecen de fragilidad en un 61,9%, más de la mitad no tiene factores de fragilidad, y la mayoría corresponde a mujeres 46,03%. Considerando que el género femenino esta en menos riesgo de fragilidad que el masculino. Estos datos obtenidos difieren de otros estudios como el realizado en una comunidad de la Habana en el 2005, donde a diferencia de nuestra población, el 51,4 % de los estudiados se identificó como frágil. Se encontró que un adulto mayor del sexo femenino tiene un riesgo relativo de ser frágil de 1,33 con respecto a uno del sexo masculino, de ahí que la condición de fragilidad se asoció al sexo femenino.

Los adultos mayores del barrio Zalapa son 52,38% independientes, y representa el 54,55% en hombres y 51,22% en mujeres. La dependencia es del 25,4% y especialmente en las mujeres mientras que la dependencia parcial es mayor en los hombres. En Chile en cambio se reveló que el índice de dependencia en adultos mayores es relativamente bajo, 112.067 personas mayores presentan dependencia leve, lo que equivale al 6,6% del total de personas mayores del país. En el 27,6% de las personas mayores dependientes esta es leve. Existen muchas más mujeres dependientes que hombres en esta situación. El 25,3% de las mujeres mayores tiene dependencia comparado con el 22,0% de los hombres.



CONCLUSIONES

Luego del análisis de resultados se concluye que:

- ✓ La mayoría de la población del Barrio Zalapa sobrepasa los 80 años, el estado civil que predomina es el casado, las principales ocupaciones de los adultos mayores del barrio Zalapa son agricultura y labores de campo.
- ✓ Los adultos mayores del barrio Zalapa, en general mantienen un buen estado de salud, especialmente el género femenino. Las personas mayores de 80 años son las que menor porcentaje de patologías presentan. Las patologías más frecuentes son HTA, Diabetes Mellitus tipo2, artritis y cáncer. Según la edad en el grupo de más de 80 años presenta con mayor frecuencia HTA, y artritis; mientras que la diabetes es más frecuente en personas de 75 a 80 años. El nivel de riesgo psico-social es alto debido al escaso ingreso económico y por consiguiente la dependencia a un familiar.
- ✓ Los adultos mayores del barrio Zalapa mantienen un buen estado de nutrición, sin embargo la obesidad predomina en el hombre, mientras que la desnutrición ocupa valores porcentuales bajos tanto en hombres y mujeres. Y al relacionar el estado nutricional con la presencia o ausencia de patología se observa que mientras mejor es el estado de nutrición menor es la presencia de patología. Por lo que se puede decir que el estado nutricional adecuado es un factor protector para el envejecimiento saludable.
- ✓ La actividad física de los adultos mayores es importante para el mantenimiento de la agilidad y disminución del riesgo de fragilidad. Los adultos mayores del Barrio Zalapa en su mayoría se mantienen en actividad, destacando que la presencia de patologías es menos frecuente



en las personas activas por lo que se puede decir que la actividad física favorece el envejecimiento saludable.

- ✓ Una forma de valorar la fragilidad de los adultos mayores de gran valor predictivo es la auto-percepción del estado de salud, dado que esto hace que el cuidado personal aumente o disminuya, es así que la auto-percepción del estado de salud de los adultos mayores es en general buena. El nivel de fragilidad es menor en las mujeres, y en general nuestra población no es frágil. Los adultos mayores frágiles tienen mayor riesgo de desarrollar patologías por todas las consecuencias y aumento de factores deteriorantes de la salud que la fragilidad por si misma conlleva. Nuestros adultos mayores son en su mayoría independientes, pero también destaca el porcentaje de personas dependientes que son cerca de la cuarta parte de la población.
- ✓ El género femenino parecería ser un factor protector para el envejecimiento saludable, ya que se observa que del total de mujeres el porcentaje de patología es menor, que del total de los hombres, esto es evidente también en que las mujeres conservan un mejor estado de autocuidado y estado nutricional, se mantienen en su mayoría activas, y son menos frágiles y dependientes que los hombres, pero faltarían estudios más profundos para declarar esta conclusión con certeza.



RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que se puede realizar luego de la culminación de la presente investigación se mencionan:

- ✓ Se requiere de procesos educativos contextualizados en alimentación, nutrición, y actividad física que motiven a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como esta contribuye al bienestar y a la calidad de vida individual y colectiva.
- ✓ Fortalecer en la sociedad y familia los conocimientos sobre los cambios y necesidades específicas en este grupo etéreo para mejora así el apoyo y cuidado en esta etapa de la vida a la que todos en algún momento llegaremos.
- ✓ Se recomienda la realización de otras investigaciones de este tipo en los adultos mayores y para despejar muchas dudas sobre el envejecimiento saludable.

BIBLIOGRAFÍA



1. Hyver C, Guitierrez LM. GERIATRIA. 2nd ed. New York; 2010.
2. Residente E, María F, Fematt Á. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA GERIATRÍA. 2010;V:49–54.
3. Querol CM, Martínez VTP, Leyva AR, Brito G. LA FRAGILIDAD : UN RETO A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA EN LA APS. 2005;21:3–9.
4. Klever P. Ministerio de Inclusión Económica y Social. 10 de Julio. 2014.
5. Pazmi, Lourdes AV, Pazmi E, CEPAL C. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL EN SALUDE DE LOS ADULTOS MAYORES. PRIMERA ED. QUITO ECUADOR; 2010. p. 35.
6. Enrique P, 2007-2008 CD. SOCIEDAD Y ADULTO MAYOR EN AMERICA LATINA. Córdoba, Argentina.; 208AD.
7. Guzman M, Latinoamericano C. población y desarrollo. 2002;
8. Galbán PA, Soberats FJS, Navarro AMD. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR. 2007; 33(1):1–17.
9. Fisiol B, Este G. GERIATRÍA. 3ra ed. Barcelona; 2009
10. L PPM. FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. 2004;20(2):54–7.
11. MEDICINA GERIATRICA Y GERONTOLOGÍA GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY. 2011;
12. SOCIEDAD Y ADULTO MAYOR en AMÉRICA LATINA. Habana Cuba; 2011
13. Querol CM, Martínez VTP, Leyva AR, Brito G. LA FRAGILIDAD : UN RETO A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA EN LA APS. 2005;21:3–9.
14. Giménez Salillas L. SÍNDROMES GERIÁTRICOS. Rehabilitación [Internet]. 2004 Jan;38(6):325–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S004871200473488X>
15. Espa S, Geriatr OLADE. GERIATRÍA. 3ra ed. Chile; 2012
16. Edad LAT. META S D E S A L U D P A R A L O S A Ñ O S T A R D Í O S. :147–60.
17. En DM. L O S A D U L T O S M A Y O R E S. 2002; Habana Cuba.
18. P CT, A LB, A CC, Z RS. Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. 2010;444–51.



19. Vida CDE, El EN, Rangel ANALG. ADULTO MAYOR. 2009
20. Vicente AS, Paul D. Guía alimentaria para adultos mayores. Argentina 2010
21. Nutricionales R, Ancianos PLOS. Recomendaciones nutricionales para los ancianos Nutritional Recommendations for the elderly. 2000;101–13.
22. Orientacion Dietetica, Para Mayores P, Cuadrado R. 2011.
23. Nutricionales R, Ancianos PLOS. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA LOS ANCIANOS NUTRITIONAL Recommendations for the elderly. 2000;101–13.
24. De C, Parraguez PO, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile. 2011;61–75.
25. Morales GR, Rica C. Análisis de necesidades e intereses recreativos de las personas adultas mayores del albergue San José Obrero , del cantón de Siquirres : propuesta recreativa Analysis of Recreational Necessities and Interests of Senior Citizens from “ Albergue San José Ob. 2010;34(2):133–52.
26. Albala C, Sánchez H, Fuentes A. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Santiago, Chile: Servicio Nacional del Adulto ... [Internet]. Santiago de Chile; 2009 [cited 2014 Sep 18]; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Estudio+Nacional+de+Dependencia+en+las+Personas+Mayores#6>
27. Vera M. Artículos Especiales Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia *. 2007;68(3):284–90.
28. Galbán PA, Soberats FJS, Navarro AMD. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. 2007;33(1):1–17.
29. L PPM. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral. 2004;20(2):54–7.
30. Resumen F. Los derechos de las personas mayores Las normas y políticas regionales y nacionales sobre las personas mayores. 2011;
31. Mujer SLA, Niño EL, Familia YLA, Saludable M, Desafío UN. Estudio de legislación ecuatoriana sobre la mujer, el niño y la familia.
32. Albala C, Sanchez H, Fuebtes A. Estudio Nacional de la Depenencia en las Personas Mayores. Scielo Rev.CH. 2009.
33. Barros D. Esenaros Demograficos de la Poblacion. 2da ed. La Habana 2005
34. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Centro internacional del envejecimiento. Santiago de Chile. 2007

ANEXO



ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Medicina Humana
Guía de Entrevista.

Tesis de Pregrado: INFLUENCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES Y ADVERSOS DE LA SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA

Objetivo general: Determinar la influencia de los factores protectores y adversos de la salud en el envejecimiento saludable de los adultos mayores del barrio Zalapa.

A. Información de Identificación:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Género: F M
 Familiar cercano: _____
 Estado civil: _____ Nivel de Instrucción: _____
 Profesión: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

B. Situación de Salud del Adulto Mayor

Signos vitales: FC: _____ TA: _____ FR: _____
Antropometría: Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
Problemas de salud diagnosticados:
 Diabetes: Parkinson:
 HTA: Alzheimer:
 Cáncer: Discapacidad:
 Ulceras o lesiones cutáneas: _____

C. Actividad Física:

Caminata: _____
 Deporte: _____
 Otros: _____
 Ninguna: _____

D. Actividades Recreativas:

E. Factores Psico-Sociales

	Sí	No
Vivir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viudez reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escasos ingresos económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prácticas religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de hijos: _____		
Condición socioeconómica: _____		



Tipo de vivienda: _____

F. Autopercepción del Estado de Salud

	Mala	Muy mala	Regular	Buena.
Estado de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades diarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Fragilidad

Con la presencia de tres de los siguientes criterios se define Fragilidad:

	Presencia	Ausencia
Pérdida de peso no intencionada de 5Kg o el 5% del peso corporal en el último año.		
Debilidad muscular.		
Baja resistencia cansancio		
Lentitud de la marcha.		
Nivel bajo de actividad física.		



Anexo 2. ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY (versión 8-30 puntos)

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pes	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas	4	Incapaz de utilizarlo	4
tareas	5		
Incapaz de hacer nada			
Lavado de ropa		Uso del transporte	
La realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduc	1
Sólo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayud	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingrediente	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hech	4		
Ir de compras		Responsable medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	12	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	3	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	4	Incapaz de hacerlo por sí sólo	3
Es incapaz de ir de compras			
GRADO DE DEPENDENCIA.			
Hasta 8 puntos independientes			
8-20 necesita cierta ayuda			
Más de 20 necesita mucha ayuda			

Resultado:



Anexo 3. ESCALA DE CAPACIDAD FÍSICA. KATZ

<p>Independiente: Sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indiquen más adelante. Se valora el estado actual y no la capacidad de hacerlas. Si un paciente se niega a realizar una función se considera que no la hace, aunque sea capaz de efectuarla.</p>	
Baño ducha o bañera.	<p>Independiente: necesita ayuda para lavarse una parte (como la espalda, o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda</p>
	<p>Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo: necesita ayuda para entrar o salir de la bañera o no se lava solo.</p>
Vestido	<p>Independiente: coge la ropa del armario y cajones, se pone la ropa, se pone adornos, y abrigo; utiliza cremalleras; excluye atarse los zapatos.</p>
	<p>Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.</p>
Uso de WC	<p>Independiente: accede al retrete, entra y sale de él; se arregla la ropa; se limpia.</p>
	<p>Dependiente: usa orinal o cuna o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.</p>
Movilidad	<p>Independiente: entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla en forma independiente.</p>
	<p>Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama o la silla, no realiza uno o más desplazamientos.</p>
Continencia	<p>Independiente: control completo de la micción y defecación</p>
	<p>Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total, control total o parcial mediante enemas, sondas o el uso de orinales.</p>
Alimentación.	<p>Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye en la evaluación el contar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en el pan)</p>
	<p>Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o nutrición parnteral.</p>
<p>Fuente: Katz, Ford AB, Moskowitz, Jackson BA, Jaffe MW. <i>Studies of illness in the age. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.</i> JAMA, 1963;185:914-919.</p>	



ANEXO 4. VALORACION DE FACTORES PSICOSOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO ZALAPA.

Factores Psico-Sociales	Si	Si%	No	No%
Vivir solo	12	19,05	51	80,95
Viudez reciente	6	9,52	57	90,48
Escaso Ingreso Económico	14	22,22	49	77,78
Dependencia Económica	28	44,44	35	55,56
Prácticas Religiosas	54	85,71	9	14,29
No tener hijos	21	33,33	42	66,67
Apoyo familiar	56	88,89	7	11,11
Apoyo Social	43	68,25	20	31,75
Total	234		270	
Total %		371,43		428,57

Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.



**ANEXO 5. VALORACION DE LA DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL BARRIO ZALAPA.**

Valoración de Dependencia	SI	Si%	No	No%
Cuidar la casa				
Cuida la casa sin ayuda	29	46,03	34	53,97
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	3,17	61	96,83
Tareas ligeras	3	4,76	60	95,24
Necesita ayuda para todas las tareas	1	1,59	62	98,41
Incapaz de hacer nada	4	6,35	59	93,65
Lavado de Ropa				
Realiza personalmente	28	44,44	35	55,56
Solo prendas pequeñas	5	7,94	58	92,06
Es incapaz	4	6,35	59	93,65
Uso de Teléfono				
La utiliza sin problemas	28	44,44	35	55,56
Solo para lugares muy familiares	2	3,17	61	96,83
Contesta pero no llama	3	4,76	60	95,24
Incapaz de utilizarla	7	11,11	56	88,89
Uso del Transporte				
Viaja en transporte público o conduce	28	44,44	35	55,56
Solo en taxi	3	4,76	60	95,24
Necesita acompañamiento	0	0,00	63	100,00
Incapaz de usarlo	4	6,35	59	93,65
Manejo de Dinero				
Lleva cuentas y va al banco	27	42,86	36	57,14
Sólo maneja cuentas sencillas	3	4,76	60	95,24
Incapaz de utilizar dinero	3	4,76	60	95,24
Ir de compras				
Lo hace sin ninguna ayuda	28	44,44	35	55,56
solo hace compras pequeñas	3	4,76	60	95,24
Necesita compañía	4	6,35	59	93,65
Es incapaz de ir de compras	6	9,52	57	90,48
Responsable de medicamentos				
Responsable de su medicación	28	44,44	35	55,56
Hay que preparárselos	3	4,76	60	95,24
Capaz de hacerlo por si solo	3	4,76	60	95,24

Fuente: Encuestas a Adultos Mayores del Barrio Zalapa. Loja 2013-2014

Responsable: Ana Palacios Arias.



ANEXO 6. BARRIO ZALAPA. FUENTES DE EMPLEO



Vía de acceso al Barrio



Iglesia del barrio.

Empresa ganadera



Viviendas del sector.



ANEXO 7. RECOLECCIÓN DE DATOS. APLICACIÓN DE ENCUESTAS GUIADAS Y LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS.





ANEXO 8. REUNIONES CON ADULTOS MAYORES Y MORADORES DEL SECTOR.





ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	vi
TITULO:.....	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN	10
REVISIÓN LITERARIA.....	12
1 ENVEJECIMIENTO.....	12
ADULTO MAYOR SANO	14
ADULTO MAYOR ENFERMO.....	15
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE	15
ADULTO MAYOR FRÁGIL	15
PACIENTE GERIÁTRICO.....	15
1.1 TIPOS DE ENVEJECIMIENTO.....	16
2 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD.....	19
2.1 SÍNDROME DE ADAPTACIÓN EL ADULTO MAYOR.	19
2.2 PRINCIPALES PATOLOGÍAS	20
2.2.1 SÍNDROMES GERIÁTRICOS.....	21
2.3 TRASTORNOS DEL HUMOR.....	33
2.4 ENVEJECIMIENTO, FUNCIONALIDAD, Y AUTONOMÍA.....	33
2.4.1 VALORACIÓN FUNCIONAL	34
2.4.2 DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA.	36
3 ADUTO MAYOR Y ALIMENTACIÓN	37
3.1 ADULTO MAYOR Y MALNUTRICIÓN:	38
3.2 REQUERIMIENTO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR.....	40
3.3 MODIFICACIÓN DE LA PIRÁMIDE ALIMENTICIA PARA ADULTOS MAYORES.....	41
3.3.1 MÉTODOS DE DETECCIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ESTADO NUTRITIVO	44
4 ADULTO MAYOR Y ACTIVIDAD FÍSICA.....	46
5 ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA.	48



6	FRAGILIDAD, DEPENDENCIA Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	51
7	NORMAS, POLÍTICAS REGIONALES Y NACIONALES SOBRE LAS PERSONAS MAYORES	55
7.1	CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA	55
7.2	SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ECUADOR	56
7.2.1	DEMOGRAFÍA.....	57
7.2.2	TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA	58
7.2.3	CONDICIONES SOCIALES.	60
7.3	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.....	61
7.4	NORMATIVA GENERAL GERONTO-GERIÁTRICA.....	63
7.5	VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	64
	MATERIALES Y MÉTODOS	65
	TIPO DE ESTUDIO.....	65
	ÁREA DE ESTUDIO	65
	UNIVERSO.....	65
	MUESTRA	65
	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
	PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	67
	DISCUSIÓN.....	81
	CONCLUSIONES.....	84
	RECOMENDACIONES.....	86
	BIBLIOGRAFÍA.....	86
	ANEXOS..... ¡Error! Marcador no definido.	
	ÍNDICE DE CONTENIDOS	100