UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

"GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI PERTENECIENTE AL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICA GENERAL

AUTORA:

Gisela Verónica Sarango Rodríguez

DIRECTOR:

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 08 de Septiembre del 2016

Dr. Ángel Ordoñez Castillo

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **"GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI PERTENECIENTE AL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"** de autoría de la Sra. Gisela Verónica Sarango Rodríguez, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médica General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y encontrándola concluida en su totalidad, autorizo su presentación final para revisión y sugerencias del tribunal respectivo.

Atentamente:

Dr. Ángel Ordoñez Castillo

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Gisela Verónica Sarango Rodríguez,** declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:

Autora: Gisela Verónica Sarango Rodríguez

CC: 1104105844

Correo Electrónico: verito_nena21@hotmail.com

Teléfono: 0989066077

Fecha: 27 de Septiembre 2016

CARTA AUTORIZACIÓN

El que suscribe, autoriza por medio del presente escrito a la Universidad Nacional Loja para que utilice tanto física como digitalmente la tesis de grado denominada **"GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI PERTENECIENTE AL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"** de la cual soy autora y titular de los Derechos de Autor.

La finalidad del uso por parte de la Universidad Nacional de Loja de la tesis antes mencionada, será única y exclusivamente para difusión, educación y sin fines de lucro.

Se firma la presente autorización en la ciudad de Loja- Ecuador, a los 22 días del mes de Septiembre del año 2016

FIRMA:

Autora: Gisela Verónica Sarango Rodríguez

CC: 1104105844

Correo Electrónico: verito_nena21@hotmail.com

Teléfono: 0989066077

Fecha: 27 de Septiembre 2016

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo

Tribunal de grado:

- Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan Mg. Sc
- Miembro del tribunal: Dra. Carmelina Esperanza Severino Correa Mg. Sc
- Miembro del tribunal: Dr. Juan Arsenio Cuenca Apolo Esp.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres Esthela Rodríguez y Oswaldo Sarango por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanas Nicole y Katherine por su ayuda y por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A mi precioso hijo Matheo quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

A quienes son la razón de este trabajo los adultos mayores de este hermoso país, Ecuador, en especial a los que pertenecen al Centro Gerontológico “Santa Clara”,

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**

Gisela.

AGRADECIMIENTO

La Universidad Nacional de Loja por las oportunidades de superación, al Área de Salud Humana en especial a la Carrera de Medicina

Al Director de Tesis Dr. Ángel Ordoñez por su guía y conocimiento, al realizar este trabajo investigativo.

Al Centro Gerontológico "Santa Clara", que son los que participaron en el trabajo de investigación por su colaboración y acogida.

Gisela.

INDICE

PORTADA……...…… I

CERTIFICACIÓN…… II

AUTORIA……. III

CARTA DE AUTORIZACIÓN……. IV

DEDICATORIA……. V

AGRADECIMIENTO……. VI

1. TÍTULO…….…… 1

2. RESUMEN…… 2

SUMMARY…….. 3

3. INTRODUCCIÓN……... 4

4. MARCO TEORICO…… 6

4.1. Generalidades …… 6

4.1.1. Geriatría…….. 6

4.1.2. Envejecimiento…… …… 6

4.1.3. Estado de salud…… 8

4.1.4. Actividades de la vida diaria…….. 8

4.1.5. Autoestima……. 9

4.1.6. Autocuidado……... 12

4.1.7. Apoyo social…….. 13

4.1.8. Aislamiento social……. 14

4.1.9. Medidas de seguridad…… 15

4.2. Grandes Síndromes Geriátricos……. 17

4.2.1. Definición de los Grandes Síndromes Geriátricos……. 18

4.2.2. Clasificación de los Grandes Síndromes Geriátricos……. 18

4.2.3. Incontinencia urinaria y Fecal…… 18

4.2.4. Inestabilidad y caídas……. 24

4.2.5. Inmovilidad física…….. 28

4.2.6. Deterioro cognitivo…… 32

4.3. Calidad De Vida……. 39

4.3.1. Definición de la calidad de vida……. 39
4.3.2. Calidad de vida de la tercera edad…….. 39
4.3.3. Vida saludable……. 41
4.4. Instrumentos Utilizados Para La Investigación……... 43
4.4.1. Escala de Lawton y Brody……... 43
4.4.2. Escala de medición de la calidad de vida WHOQOL- BREF 45
5. METODOLOGIA……. 47
6. PRESENTACION DE RESULTADO……. 51
7. ANALISIS Y DISCUSIÓN……. 55
8. CONCLUSIONES...…… 58
9. RECOMENDACIONES……..…… 59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA…….. 60
ANEXOS……. 62

1. TÍTULO:

"GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI PERTENECIENTE AL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"

2. RESUMEN

El envejecimiento del cuerpo y deterioro de sus funciones vitales permiten dar paso a un conjunto de patologías que toman el nombre de grandes síndromes geriátricos, que al estar presentes en los adultos mayores se consideran como la condición de salud que ocasiona déficits en múltiples sistemas tornando a los adultos mayores vulnerables a cambios situacionales; modificando de esta forma la calidad de vida del adulto mayor. Es por esta razón que en la presente investigación se ha planteado como objetivos: Establecer los grandes síndromes geriátricos; identificar la calidad de vida; constatar la relación entre los grandes síndromes geriátricos y la calidad de vida de los adultos mayores de la Parroquia de San Antonio Zumbi perteneciente al Cantón Centinela del Cóndor de la Provincia de Zamora Chinchipe. Posteriormente se socializo los resultados con las autoridades de esta entidad, esto se realizó con una muestra de 60 adultos mayores en el periodo Febrero - Agosto 2015. Para la obtención de esta información se utilizó la escala de Lawton y Brody y Whoqol-Bref. Los resultados de esta investigación indican que de las 60 personas encuestadas el síndrome con mayor incidencia en los adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Clara es la incontinencia urinaria con 41.67% de los cuales el 30% presenta una calidad de vida normal, el 6.67% regular, 5.0% buena; en el síndrome inmovilidad física del 20% de los adultos mayores cuentan con el 13.33% una calidad de vida normal, 3.33% regular, y 1.67% muy mala, y buena respectivamente. En el síndrome de inestabilidad y caídas con un 14.99% de los cuales el 8.33% poseen una calidad de vida regular y con un 3.33% entre normal y bueno. Finalmente el deterioro cognitivo cuenta con un 6.67% de los cuales en igual porcentaje poseen una calidad de vida regular.Al analizar los datos obtenidos en este estudio, permiten concluir que los síndromes geriátricos y la calidad de vida si presentan relación pero a esto se incluyen la presencia o ausencia de factores externos.
PALABRAS CLAVES: Envejecimiento, Síndromes geriátricos, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The aging of the body and deterioration of its vital functions gives way to a set of diseases that take the name of major geriatric syndromes, which when present in senior citizens are considered as health conditions which cause deficits in multiple systems making them vulnerable to situational changes, thus altering their quality of life. It is for this reason that this investigation's objectives were: To determine the main geriatric syndromes; quality of life; and the relationship between the main geriatric syndromes and quality of life in the elderly populace of the parish San Antonio Zumbi part of the canton Centinela del Condor located within the province of Zamora Chinchipe. Subsequently, the results were shared with the authorities of this entity. The study was carried out with a sample of 60 senior citizens between the period of February-August 2015. To obtain the required information, the Lawton and Brody plus WHOQOL-Bref scales were used. The results of this investigation indicate that in the 60 people surveyed, the syndrome with the highest incidence in the elderly patients of the Santa Clara Geriatric Center was urinary incontinence with 41.67%, of which 30% have a normal quality of life, 6.67% regular, 5.0% good; then followed physical immobility syndrome with 20% of which 13.33% have a normal quality of life, 3.33% regular, and 1.67% very bad and good respectively. Next was instability and falls syndrome with 14.99% of which 8.33% have a regular quality of life and 3.33% between average and good. Finally, cognitive impairment with 6.67% of which the same percentage have a regular quality of life.The data obtained in this study allows us to conclude that geriatric syndromes and quality of life do display a relationship, but hereto the presence or absence of external factors are included. KEYWORDS: Aging, Geriatric syndromes, Quality of life, Elderly

3. INTRODUCCIÓN

Los grandes síndromes geriátricos son condiciones de salud causados por déficits en múltiples sistemas que vuelven a los adultos mayores vulnerables ante la presencia de diversas enfermedades, las cuales se traducen en factores importantes que afectan la calidad de vida. De esta forma la investigación tiene como objetivo determinar los grandes síndromes geriátricos y su relación con la calidad de vida en los adultos mayores. (García, 2011)

La Constitución de la República del Ecuador (2008), manifiesta que las personas mayores de 65 años, deben recibir atención especializada, de tal manera que garanticen la salud del adulto mayor, mediante planes, programas y proyectos que llevan las instituciones públicas y privadas, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 10% y 15 % de la población anciana padece por lo menos un síndrome geriátrico. Considerando que en el mundo hay más de 220 millones de Adultos Mayores que padecen los Grandes Síndromes Geriátricos, Elsevier (2015) en España nos permite comprender, que matemáticamente el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Los adultos mayores, padecen diversos cuadros patológicos que disminuyen su salud, y en consecuencia, su calidad de vida, misma que se valora en función de su nivel de independencia, de manera que los síndromes geriátricos reducen o en algunos casos eliminan por completo una vida independiente, favoreciendo el aislamiento social y la institucionalización del anciano.

Debemos tener en cuenta que hasta la actualidad no existe una correcta socialización de las leyes y reglamentos que amparan al adulto mayor, por lo que la escasez de programas para ayudar a esta población es casi nula.

En esta investigación se emplea la metodología cuantitativa, analítica y transversal, las mismas que permiten obtener información numérica, y a la vez relacionar variables mediante los resultados obtenidos en las escalas y mediante la observación directa del adulto mayor.

La investigación consta de la descripción del tema, en el que se da a conocer los Grandes Síndromes Geriátricos, la Calidad de vida del adulto mayor y las escalas que ayudan a evaluar cada parámetro; más adelante se explica la metodología y el diseño escogido para realizar la investigación, el procedimiento de recolección e interpretación de datos, así como también el contraste con los resultados obtenidos en otros estudios aplicados a diferentes poblaciones.

Es importante destacar que considerando la calidad de vida de los adultos mayores existe un 40% con una calidad de vida buena, un 6.67% con regular, un 16.67% con normal y un 50% con muy mala que también están considerados dentro de la población que no presenta síndromes. De esta manera se considera que la presencia del conjunto de patologías influye en mediana forma en la calidad de vida, mientras que otra parte puede afectarse por factores externos, por esta razón es necesario informar y educar sobre los cuidados que se deben seguir ante la presencia de los grandes síndromes geriátricos mediante una guía de atención, para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Esta investigación contribuirá a enriquecer conocimientos sobre la existencia los grandes síndromes geriátricos, que se presentan con mayor frecuencia en la población estudiada, además permitirá mejorar la atención integral del adulto mayor y por consiguiente

mejorar la calidad de vida, constituyéndose en una herramienta útil para informar al usuario de como sobrellevar su enfermedad.

4. REVISION DE LA LITERATURA

4.1.GENERALIDADES

4.1.1. GERÍATRÍA

CONSEPTO:

Es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en las personas de la tercera edad.

La Geriatría resuelve los problemas de salud de los ancianos en el área hospitalaria y en la comunidad; sin embargo, la Gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.

El paciente geriátrico se define como aquel que cumple tres o más de las siguientes condiciones:

- Generalmente mayor de 75 años.
- Pluripatología relevante.
- Alto riesgo de dependencia.
- Presencia de patología mental acompañante o predominante.
- Presencia de problemas sociales en relación con su estado de salud.
- Presencia de más de tres síndromes geriátricos (García, 2011)

4.1.2. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; como una etapa de la vida apta para "crecer y continuar aprendiendo".

El envejecimiento en relación con la capacidad funcional

El envejecimiento, entendido como un proceso, involucra cambios de diferente orden, desde biológicos, psicológicos y cognitivos hasta sociales. Estos cambios los podemos concretar en la pérdida de la capacidad funcional, entendida como la destreza para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente

La Organización Mundial de la Salud caracteriza la capacidad funcional refiriéndose a la capacidad de ventilación, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular, y afirma que esta capacidad funcional "aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, seguida con el tiempo de una disminución.

Esta disminución está determinada por diferentes factores de la experiencia de cada persona relacionados con hábitos como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo, la alimentación, la situación socioeconómica, el nivel educativo y las condiciones de trabajo, ya que cada una de estas contribuye a tener una vida saludable o no.

Además, esta disminución de la capacidad funcional lleva al sedentarismo, la inmovilidad, la discapacidad, el aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), y por consiguiente a la problemática psicosocial que se centra en el aislamiento, en la pérdida de un rol social y económico, en la depresión, la baja autoestima, la improductividad y la dependencia.

Con el tiempo la persona mayor ha ido perdiendo calor social ya que se le discrimina, se aísla y se señala como una molestia que impide el desarrollo de una comunidad. Sin embargo, cabe completar la idea de que una persona mayor en un ser humano con derechos , que se encuentran dentro de un marco de vulnerabilidad ligado a la pobreza, la discapacidad y la dependencia vs soledad.

Por tanto, las personas mayores “se encuentran en una etapa de marcados cambios a nivel físico, psicológico y social. El estándar internacional establecido para la clasificación de personas mayores es de 60 años en adelante”. (Chan, 2015)

4.1.3. ESTADO DE SALUD

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

4.1.4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria (AVD) en adultos mayores es la mejor forma de medir la calidad de vida**.** Las AVD básicas son aquellas actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, como ser: vestido, alimentación, higiene, movilización, etc.

En el envejecimiento normal las AVD se pueden encontrar comprometidas debido a los cambios naturales que se suceden en esta etapa del ciclo vital

Las actividades que mayor dificultad presentan para su ejecución son las de la ducha, preparación de la comida y movilidad funcional.

<u>Recomendaciones para facilitar las AVD:</u>

- **Baño**: Utilizar antideslizantes en los pisos de la ducha y baño, banco de plástico para la ducha, barras de seguridad para facilitar las transferencias, llevar el teléfono al baño en el momento de la ducha, etc.
- **Preparación de alimentos**: evitar la utilización de bancos para el alcance de alimentos o utensilios de alacenas superiores, cerrar la llave central del gas al finalizar las tareas.
- **Movilidad funcional**: evitar cambios bruscos en las posiciones, ordenar cables y objetos, eliminar mobiliario excesivo, pegar alfombras correctamente, eliminar

escalones en la casa, incorporar equipamiento de apoyo como trípodes, andadores, bastón o lo que recomiende el especialista. (Arias, 2013, diciembre)

4.1.5. AUTOESTIMA

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de la infancia cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

IMPORTANCIA: La autoestima es importante porque constituye el núcleo principal para el desarrollo de la personalidad humana, así como el sentido de su dignidad, fortalece el respeto por los derechos humanos, y es un componente central para la estructuración de la identidad de la persona.

› La importancia de lograr en el Adulto Mayor un alto nivel en su autoestima, aumenta la **calidad de vida.**

› La importancia de esta autoestima radica en que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las circunstancias ante las que la vida nos coloca,

es también la base de una especie de serenidad de espíritu, que hace posible el disfrutar de la vida.

› Logra una mayor disposición de aceptar que ciertas capacidades se encuentran un poco disminuidas; pero estimulará otras en desarrollo que le permita estar mejor "consigo mismo y con los otros".

› Aumentar la sociabilidad al permitirnos la interacción con los demás.

› Permite la superación al lograr las aspiraciones de forma optimista: La persona que goza de autoestima es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas que les sobrevengan.

› Apoya la creatividad: Una persona creativa únicamente puede surgir desde una fe ensimismo, en su originalidad, sus capacidades.

FACTORES: Muchos de los factores que influyen en la disminución de la autoestima, observadas en los adultos mayores pueden estar asociados a los cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, y actitudes sociales como la exclusión familiar. En relación a los cambios físicos: como consecuencia del tiempo, se presentan alteraciones en la imagen corporal, aspectos que pueden afectar la autoestima de los mayores.

Sin negar que envejecer es un fenómeno natural inherente a lo biológico, cabe subrayar que son las carencias afectivas familiar y la exclusión social las que condicionan una positiva y negativa autoestima en la vejez, por ende, su calidad de vida.

Como Fomentar la Autoestima en el Adulto Mayor.- El adulto mayor necesita saber que es querido, que es tenido en cuenta y que es útil, para ello es necesario que su parte emocional, sus vínculos con hijos, familiares directos o nietos, se fortalezcan.

Debemos darles a las personas un refuerzo positivo, alabar sus logros, sus méritos. Siempre hay que destacar lo bueno, las cualidades y habilidades

Necesitamos reflexionar y trabajar internamente lo siguiente para incrementar la autoestima:

• **Profundizar en el autoconocimiento.** Es conocernos verdaderamente para valorarnos.

• **Incrementar la responsabilidad.** Asumir la responsabilidad de nuestra vida en lo material, emocional, intelectual y lo espiritual.

• **Incrementar la autoaceptación.** Aceptar lo que sentimos y lo que somos en cualquier momento de nuestra existencia.

• **Tener un apoyo.** Ya sea un amigo, la familia, la pareja o un lugar en donde consigamos estar relajados.

• **Perdonarnos.** Todos cometemos errores. El perdón está basado en la comprensión de las circunstancias que nos llevaron a cometer el error y la voluntad de seguirnos amando a pesar de nuestros defectos.

• **Resaltar nuestros aspectos positivos.** Motivarnos para mejorar. Los seres humanos nos nutrimos de los aciertos no de los errores.

Cuanta más alta sea nuestra autoestima; Más posibilidades tendremos de establecer relaciones enriquecedoras y no destructivas. Estas son las recompensas de la confianza y el respeto por nosotros mismos. La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia

íntima: reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento sobre mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir digno de ser feliz y por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que nos ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar nuestra autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices. (mejorvida, 2013)

4.1.6. AUTOCUIDADO

Es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.

El autocuidado es de vital importancia, para la persona mayor como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.

Es relevante no perder de vista que el concepto de autocuidado es aplicable en el proceso de envejecimiento de las personas mayores sanas o enfermas. Para lograrlo se requiere la participación de la familia, cuidadores (en el caso de que la persona tenga algunas dificultades para realizar sus actividades) y de las redes de apoyo, con el propósito de ayudarles a encauzar sus dificultades de salud. El tipo de autocuidado que el adulto mayor necesita dependerá de los factores internos y externos que afectan su capacidad de velar por sí mismo. El autocuidado de los

adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable. (Gutiérrez, Junio de 2012)

4.1.7. APOYO SOCIAL

El apoyo social se define como "la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social"

Cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a "proveer sentido a la vida", aporta "retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud", propicia una serie de "actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud.

"El apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones"

El modelo del apoyo social ha tenido un gran desarrollo en el campo de la Gerontología dando sustento en la actualidad a variados programas, políticas y planes dirigidos a las personas mayores. Ya que mientras algunos de ellos apuntan a proveer servicios de algún tipo de ayuda práctica, económica, etc.; otros se orientan a promover la participación social de las personas mayores y la construcción de nuevos vínculos; permitiendo abordaje de diversas problemáticas, el ingreso a una residencia para adultos mayores, una intervención quirúrgica, cuidados postoperatorios, tratamientos de costo elevado, abandono, aislamiento social, pobreza, inmovilidad, internaciones frecuentes, pluripatología, déficits cognitivos severos puede planificarse y ejecutarse. (SOCIAL, 2012 - 2013).

4.1.8. AISLAMIENTO SOCIAL

El aislamiento social (AS) en los ancianos se ha convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades, llegando incluso a ocasionar problemas de salud mental.

FACTORES RELACIONADOS:

- Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, enviudes, emigración, procesos degenerativos e invalidante en su propia persona y/o en familiares cercanos.
- Situación económica muy desfavorecida (pobreza)
- Alteraciones del aspecto físico o del estado mental.
- Deficiencias sensoriales, visuales
- Conductas socialmente no aceptada.
- Traslado a otra cultura (idioma extraño).
- Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.
- Enfermedades invalidantes: Deterioro de la movilidad, miedo a la exposición de patógenos.
- Afrontamiento infectivo.

Se caracteriza por:

- Falta objetiva de personas significativas de soporte.
- Proyección de hostilidad en su voz y su conducta.
- Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos. Inseguridad en público.

- Dificultades físicas y/o mentales que afecten al bienestar del individuo y su relación con los otros.
- Búsqueda de soledad continúa. Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo impuesta por otros.
- Manifestaciones de conductas y valores aceptables por su cultura pero rechazada por el grupo dominante.
- Manifestaciones de sentimientos de ser distintos que los demás y sentimientos de conductas de rechazo a su persona.
- Baja autoestima y temor a las críticas. Temor a ser enjuiciado por otras personas.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/acicalamiento (SOCIAL, 2012 - 2013)

4.1.9. MEDIDAS DE SEGURIDAD

Con el avance de los años, suceden cambios físicos que incrementan los riesgos de daño. El adulto mayor puede no ver un obstáculo en su camino a causa de la disminución de su visión. Puede que no oiga la cercanía de un automóvil a causa una disminución en su audición. Cambios en la movilidad y el equilibrio incrementan el riesgo de caídas

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

ϖ Distribuya los muebles con amplitud suficiente que permita caminar.

ϖ Asegúrese de que las alfombras estén fijadas a los pisos y escaleras

ϖ Mantenga los pasillos, el piso y las escaleras libres de obstáculos tales como alfombras inseguras o cosas desordenadas.

ϖ Los muebles rotos o inseguros deben ser reparados o sustituidos. Los muebles inseguros incluyen aquellos que han perdido patas o brazos, las camas muy altas

del piso, o los sofás y butacones muy hundidos que no permiten levantarse con facilidad.

ϖ Coloque un pasamano fuerte en las escaleras y en escalones.

ϖ Asegúrese que las habitaciones y escaleras tengan una buena iluminación

ϖ Coloque lámparas fáciles de encender cerca de las camas.

ϖ Mantenga Los espejos limpios promueven una buena visión.

ϖ Asegúrese que el anciano use medias cómodamente ajustadas, que no se deslicen, para prevenir un resbalón en el piso mojado.

ϖ Ayude a la persona a levantarse de la cama lentamente para evitar el mareo. Anímelo a que se siente primero.

ϖ Después de sentado, puede pararse. Esto contribuye a que la presión sanguínea se adapte a los cambios de posición.

ϖ Ofrezca instrumentos de apoyo como bastón o caminador para que la movilidad sea segura.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

ϖ No permita al adulto mayor fumar en la cama o cuando se encuentre somnoliento.

ϖ Revise la temperatura del agua del baño y de las bolsas calientes antes de aplicárselas al adulto mayor.

ϖ Mantenga los equipos eléctricos en buen estado (por ejemplo que los cables no estén deshilachados)

ϖ No sobrecargue la toma eléctrica.

ϖ Tenga un extinguidor en lugar accesible (por ejemplo en la cocina).

ϖ Baje el termostato del agua caliente para proveer agua tibia en vez de agua caliente.

PREVENCION DE INFECCIONES

Los adultos mayores tienen un gran riesgo de adquirir infecciones. La mejor estrategia para evitarlas es lavarse las manos. Los cuidadores deben lavar sus manos antes y después de ofrecer algún tipo de cuidados al anciano, especialmente antes y después de alimentarlos, ayudarlos en el baño y después de estar en contacto con fluidos como la saliva o drenaje de las heridas. Las manos deben ser lavadas con agua y jabón al menos 10 segundos. Es preferible el jabón anti-microbial.

ASISTENSIA PARA IR AL BAÑO

Los adultos mayores necesitan ayuda para ir al baño con mucha frecuencia. Ellos pueden necesitar ayuda para caminar hasta el servicio sanitario, sentarse en él y después pararse. Siempre que sea posible se deben poner barras para sujetarse que lo ayuden a pararse y sentarse. Esto ayuda a prevenir las caídas en el baño. A causa de enfermedades como artritis, los adultos mayores pueden tener dificultades para caminar, o no llegar a tiempo al servicio. (Yánez, Figueroa, Villalobos, & Villacís, Mayo 2010)

4.2.GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes triunfos de la humanidad, pero es también uno de sus mayores retos. A medida que nos adentremos en el siglo XXI, el envejecimiento de la población implicará un aumento de las demandas socio-sanitarias en todos los países. Si bien de cara al futuro, las distintas organizaciones sanitarias proponen el modelo del envejecimiento activo como meta que permita disfrutar a los ancianos del mañana de la mejor calidad de vida posible (entendida ésta como bienestar físico, psíquico

y social), la realidad es que los ancianos de hoy, sobre todo los de más edad, sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud, y en consecuencia, su calidad de vida. No debe olvidarse que los adultos mayores valoran dicha calidad de vida, en función de su nivel de independencia. (Yánez, Figueroa, Villalobos, & Villacís, Mayo 2010).

4.2.1. DEFINICIÓN DE LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Síndrome geriátrico se refiere a una condición multifactorial secundaria al efecto acumulativo de alteraciones en múltiples sistemas en un sujeto vulnerable. (Yánez, Figueroa, Villalobos, & Villacís, Mayo 2010)

4.2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como los 4 gigantes de la Geriatría, incluyen:

- Incontinencia urinaria
- Inestabilidad-caídas
- Inmovilidad
- Deterioro cognitivo. (Brito, 2013) (Rivera, 2010)

4.2.3. INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

La incontinencia urinaria constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, siendo definida según la International Continence Society como: Una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable originando problemas sociales e higiénicos para el individuo. Es curable en muchos pacientes ancianos y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser

manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para sus familiares y cuidadores.

REPERCUSIONES: Genera un impacto negativo en el anciano que la padece con deterioro importante en su calidad de vida, originando múltiples y variadas repercusiones que afectan tanto a la esfera física como a la psíquica además de derivar importantes consecuencias socioeconómicas.

Tabla 1. **Repercusiones de la Incontinencia Urinaria**

ESFERA FISICA	- Ulceras por presión - Eritemas perianales - Infecciones recurrentes de las vías urinarias - Caídas (especialmente con la incontinencia nocturna) - Fracturas
ESFERA PSIQUICA	- Depresión - Aislamiento - Dependencia
ESFERA SOCIAL	- Estrés en familia, amigos y cuidadores - Predisposición a la institucionalización
ESFERA ECONOMICA	- Aumento de los costos económicos (lavandería, manejo de las complicaciones, labor de enfermeras y cuidadores)

GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1. 2005

ENVEJECIMIENTO E INCONTINENCIA URINARIA

El envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, pero si determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia.

Tabla 2. **Modificaciones asociadas con el envejecimiento y relacionadas con la Incontinencia Urinaria**

NIVEL	MODIFICACIONES
Sistema Nervioso Central	▪ Atrofia progresiva de la corteza cerebral ▪ Disminución del número de neuronas
Tracto Urinario Inferior	**Cambios Anatómicos:** ▪ Disminución de nervios autonómicos ▪ Mayor trabeculación ▪ Disminución del número de células uretrales y reemplazamiento por tejido conectivo fibroso **Cambios Funcionales:** ▪ Disminución de la capacidad vesical ▪ Aumento del residuo postmiccional ▪ Disminución de la habilidad para posponer la micción ▪ Disminución de la presión de cierre uretral y del flujo urinario ▪ Presencia de contracciones no inhibidas del detrusor
Próstata	▪ Crecimiento de la glándula
Vagina	▪ Déficit estrogénico que determina disminución de la celularidad y atrofia del epitelio

Requisitos para mantener la continencia urinaria en el anciano:

- Efectivo almacenamiento del tracto urinario inferior
- Efectivo vaciamiento del tracto urinario inferior
- Suficiente movilidad y destreza para acceder al baño
- Capacidad cognitiva para percibir el deseo miccional

Factores de riesgo relacionados con la Incontinencia Urinaria

- Inmovilidad
- Sexo femenino
- Hospitalización
- Infecciones del tracto urinario
- Retención urinaria
- Medicación
- Depresión
- Impactación fecal
- Cirugía pélvica previa

- Trastornos neurológicos

CLASIFICACION

Básicamente se distinguen dos tipos de IU (incontinencia urinaria): aguda (reversible o transitoria) y crónica (persistente o establecida).

- **INCONTINENCIA URINARIA TRANSITORIA:** Se caracteriza por su aparición súbita, a menudo de forma secundaria a agresiones yatrogénicas, enfermedades agudas o consumo de fármacos, desapareciendo por lo general con el tratamiento adecuado del trastorno subyacente.
- **INCONTINENCIA URINARIA CRÓNICA**: es aquella que persiste durante un largo período de tiempo, independientemente de la enfermedad aguda o de la agresión iatrogénica y normalmente se clasifica en los cinco tipos siguientes:
    - **INCONTINENCIA URINARIA POR URGENCIA**: se define como el deseo urgente de orinar, seguido de una pérdida involuntaria de orina.
    - **INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO:** es la pérdida involuntaria de orina en una vejiga hiperdistendida y se caracteriza por la eliminación constante, tanto periódica como continua de pequeñas cantidades de orina. (Rivera, 2010)

INCONTINENCIA FECAL

Salida sin control de la materia fecal en forma continua o recidivante en un período de por lo menos un mes

CONSECUENCIAS

- Aislamiento social
- Sentimientos de inadecuación

- Baja autoestima
- Disfunción sexual
- Lesiones dérmicas perianales
- Infecciones del tracto urinario
- Ulceras por presión

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

- Alteraciones en el control neural y muscular del ano y recto
- Impacto fecal por disminución de la sensibilidad rectal
- Incontinencia urinaria
- Perdida del mecanismo de continencia normal
  - Lesión neuronal focal
  - Alteración del control neurológico
  - Inhibición central
  - Traumatismo ano rectal
  - Dilatación anal
  - Cirugía anal
- Problemas abrumadores del ,mecanismo de continencia normal
  - Diarrea/ colitis
  - Acceso difícil al sanitario
  - Laxantes, radiación
- Problemas psicológicos o de conducta
    - Depresión severa
    - Demencia
    - Delirium

- Alteración Funcional
    - Hemiparesia
    - Artritis
    - Inestabilidad de la marcha
- Neoplasias

EVALUACION DE LA INCONTINENCIA FECAL

- **HISTORIA**

  + Preguntas específicas y dirigidas

Antecedentes

- Diabetes mellitus
- Incontinencia urinaria
- Infección de vías urinarias recurrentes
- Enfermedades neuromusculares
- Diarrea crónica
- Urgencia fecal
- Constipación

Acerca de las heces

- Frecuencia de movimientos intestinales
- Periodos de continencia
- Consistencia y volumen de materia fecal
- Síntomas nocturnos
- Relación con los alimentos

- **SINTOMATOLOGIA**

- Dolor abdominal
- Urgencia
- Síntomas que se relacionen con el paso de las heces

PUEDE PRESENTAR:

+ Incontinencia pasiva sensorial

+ Incontinencia de urgencia

+ Manchando de ropa interior

- **EXPLORACION FISICA**

  EXPLORACION NEUROLOGICA: Movilidad, Fuerza Motora, Pruebas Sensoriales.

  INSPECCION DE LA ZONA PERIANAL: escoriaciones, escaras, cicatrices quirúrgicas, episiotomías, hemorroides, prolapsos, ano abierto.

  EXAMINACION RECTAL DIGITAL Tono esfinteriano, presión de esfuerzo, defectos y tumoraciones.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Ultrasonido endoanal
- Manometría ano rectal
- Electromiografía
- Latencia de nervios pudendos
- Pruebas de sensación rectal
- Defecografía
- Endoscopia (Wainstein, Quera, & Isabel, March 2013)

4.2.4. INESTABILIDAD Y CAÍDAS

La OMS (Organización Mundial de Salud) define las caídas como: “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. (Salud, 2016)

IMPORTANCIA DE DETECTAR Y PREVENIR LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Las caídas pueden tener graves consecuencias a nivel de la morbilidad, mortalidad y dependencia.

Se estima que uno de cada tres Adultos Mayores que vive en la comunidad sufre una o más caídas al año.

Estadísticas internacionales señalan que cerca de un tercio de las personas de 65 y más años que viven en sus casas sufren una o más caídas cada año y que, de éstas, aproximadamente una de cada cuarenta ingresará a un hospital. A medida que aumenta la edad aumentan las caídas.

Estudios realizados en la comunidad muestran que la incidencia anual de caídas se incrementa conforme a la edad: entre los adultos mayores jóvenes (65 – 70 años) la prevalencia es del 25% y llega al 35 – 45% en edades más avanzada (80 – 85 años).

Esta situación se agrava en los Adultos Mayores que viven en establecimientos de larga estadía, ya que uno de cada dos presentan una o más caídas durante el año.

Una caída puede ser el primer indicio de una enfermedad no detectada. La caída puede ser la manifestación de fragilidad en el Adulto Mayor, y además ser un predictor de muerte.

Es frecuente que el Adulto Mayor que presenta una caída desarrolle temor de volver a caer, lo que puede provocar limitación en la realización de las actividades de la vida diaria

como: levantarse, deambular al interior de la casa, salir al exterior. Este fenómeno se denomina Síndrome Post Caída. (S & V., Manual de Prevencion y Caída en el Adulto mayor)

CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO PREDISPONEN A LAS CAÍDAS

Todo lo que altere la marcha y equilibrio contribuye a favorecer las caídas.

- Disminución de agudeza visual y alteración de la acomodación.
- Reducción de la circulación sanguínea y de la conducción nerviosa del oído interno.
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva.
- Enlentecimiento de los reflejos.
- Sarcopenia, atrofia muscular.
- Atrofia de partes blandas (ligamentos, tendones, capsula articular, meniscos).
- Degeneración de estructuras articulares (artrosis).

MODIFICACIONES QUE SE PRODUCEN EN EL APARATO LOCOMOTOR EN LOS ADULTOS MAYORES QUE PREDISPONEN A LAS CAÍDAS

a) Columna vertebral

- Desplazamiento del centro de gravedad.

b) Cadera

- Rigidez articular en posición viciosa.
- Insuficiencia de músculos abductores.
- Dismetría por acortamiento (fracturas antiguas, displasia de caderas).
- Disminución de la movilidad articular.

c) Rodilla e Inestabilidad progresiva.

- Disminución de la movilidad articular.
- Claudicación espontánea (dolor, insuficiencia neuromuscular).

d) Pie

- Atrofia de las células fibroadiposas del talón.
- Rigidez de las articulaciones.
- Atrofia muscular.

MAYOR PREVALENCIA DE RIESGO DE CAER

- Personas del sexo femenino.
- Mayores de 75 años.
- Aquellas personas con mayor dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD), ejemplo. dificultad para levantarse de una silla.
- Quienes toman más de 3 medicamentos (hipotensores, hipoglucemiantes y psicofármacos) al día, asociado a presencia de patologías.
- Las personas que presentaban alteraciones visuales y auditivas.
- Personas portadoras de enfermedades crónicas, neurológicas, osteoarticulares y musculares.
- Aquellos que realizan actividades de riesgo.
- Personas que se exponen a barreras arquitectónicas.
- Aquellos con antecedentes previos de caídas (el 75% podría sufrir una nueva caída en los siguientes seis meses).

INSTRUMENTO QUE SE UTILIZA PARA DETECTAR EL RIESGO DE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES

Las últimas investigaciones demuestran que el equilibrio estático y dinámico, fallas visuales y polifarmacia son los mejores indicadores para detectar a un Adulto Mayor que está en riesgo de caer.

El equilibrio estático se mide con la prueba Estación Unipodal y el equilibrio dinámico con la prueba Timed Up and Go.

COMPLICACIONES DE LAS CAÍDAS

- Síndrome Post Caída.
- Lesiones de tejidos blandos.
- Fracturas (cadera, fémur, húmero, muñeca, costillas).
- Hematoma subdural.
- Hospitalización (complicaciones que llevan a la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas).
- Dependencia (limitación de la movilidad por lesión física).
- Riesgo de institucionalización.
- Muerte. (S, C., & V, 2010)

4.2.5. INMOVILIDAD FÍSICA

Se define síndrome de inmovilización como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, por el deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por la reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, perdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulación.

CLASIFICACIÓN

Se clasifica en inmovilidad relativa (en la cual se presenta una vida sedentaria pero la persona si es capaz de movilizarse) y absoluta. (en la cual se pierde el total de la capacidad de movilidad)

En la vida en realidad no existe inmovilidad como tal, aun con un paciente encamado en las últimas etapas; existe latente la capacidad de ser trasladados y la movilidad autónoma pasiva o vegetativa (cardiovascular, ocular, respiratoria y digestiva). Por lo que se llega a la conclusión que un ser humano deja de moverse solamente al morir

Debido a esta explicación nace otra definición para sustituir el concepto de inmovilidad, la cual es dismovilidad o movilidad dificultosa, que se define como "la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundario a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresar.

Dismovilidad también se divide en 2 tipos, la aguda (lapso corto entre la ocurrencia del evento desencadenante y el diagnóstico, presenta una rápida progresión) y la larvada (presenta una progresión más lenta, puede pasar desapercibida y ser diagnosticada con la ocurrencia de un evento agudo) (Madrigal, 2015)

ETIOLOGIA

Patologías relacionadas a trastornos físicos

Músculo esquelético:

- Osteo-artrosis
- Fractura de cadera o extremidades inferiores
- Artritis inflamatorias

- Enfermedad muscular primaria o debilidad muscular por hipotiroidismo
- Trastornos dolorosos de los pies (onicolisis, hiperqueratoris, hallux valgus)

Neurológicas:

- AVC (Accidente Cerebro Vascular)
- Enfermedad De Parkinson
- Neuropatía Periférica
- Deficiencias De Vitamina B12
- Espondilosis Cervical
- Demencia
- Hidrocefalia Normotensiva

Cardiovasculares:

- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Enfermedad coronaria
- Vasculopatía periférica

CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIZACION

Los sistemas más afectados por la inmovilidad son el cardiovascular y músculo esquelético.

- **CARDIOPULMONAR:** Presenta alteración de flujo sanguíneo con aumento del retorno venoso y disminución de las frecuencias cardiaca, que puede provocar tendencia sincopal y fatigabilidad. Trombo embolismo, hipotensión ortostática.
- **MÚSCULO ESQUELÉTICO:** Presenta una disminución de hasta un 55% de fuerza muscular a las 6 semanas de inmovilización y de 1-3% al día. Atrofia muscular de predominio en músculos flexores. Las articulaciones más afectadas

son las de tobillo y cadera, con debilidad en la estructura de soporte por la disminución del contenido de agua y recambio de colágeno provocando desorganización de sus fibras. Hay también pérdida de masa ósea dependiendo del estrés al que sea sometido el hueso, dentro de las cuales las vértebras son las más susceptibles. Puede ocurrir osteoporosis por inmovilización y posturas viciosas. (Madrigal, 2015)

- **RESPIRATORIO:** Se presenta un aumento en la producción de moco, hay disminución del movimiento ciliar. Puede ocurrir bronconeumonía por aspiración. También se presenta calcificación costocondral provocando disminución de la expansión de la caja torácica. Disminución de la capacidad vital y aumento del volumen residual.
- **GENITOURINARIO:** presencia de cálculos e infecciones urinarias recurrentes.
- **SISTEMA NERVIOSO:** alteración del equilibrio y coordinación.
- **SISTEMA DIGESTIVO:** anorexia, trastornos de deglución, reflujo gastroesofágico, constipación
- **SISTEMA ENDÓCRINO:** hiperglicemia causada por resistencia a la insulina. Aumento de parathormona deficiencia inmunológica. Balances minerales negativos.
- **PIEL:** si lo asociamos directamente al adulto mayor, los cambios en la piel en el envejecimiento los vuelve más susceptibles a desarrollar necrosis cutánea. La presión continua sobre la piel mayor al riego capilar de 32mmhg por más de 2 horas favorece al desarrollo de ulceras de presión. Otros factores que las favorecen son la fricción, desnutrición e hipoxemia.

PREVENCION

• **Primaria:** se busca mantener el grado de movilidad, el ejercicio de ajustará según la patología y severidad de la misma. En el caso de los ancianos enfermos más frágiles se les recomienda ejercicios de baja intensidad y aeróbicos; en cambio en los ancianos hospitalizados o institucionalizados en fundamental potenciar actividades fuera de la habitación según posibilidad. Los ejercicios se recomiendan suspender en caso de dolor, disnea, mareos o inestabilidad.

• **Secundaria:** una vez insaturada la inmovilidad, es muy importante la detención precoz. Una vez detectada la clínica, se debe incluir una serie de adaptaciones del entorno que favorezcan los desplazamientos y estimulen el mantenimiento de la autonomía. Dentro de las medidas se encuentran, el evitar barreras arquitectónicas, estimular la independencia y adaptaciones técnicas (facilidad para abrir las puertas, pasillos y habitaciones amplias, retirar muebles que interfieran con la deambulación, utilizar bandillas para el apoyo, adecuada iluminación entre otras.)

• **Terciaria:** esta incluye el tratamiento de las complicaciones. (Madrigal, 2015)

4.2.6. DETERIORO COGNITIVO

Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una

evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto.

La demencia es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

Deterioro cognoscitivo y demencia son conceptos similares, pero se deben de diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad. Por ejemplo, el término “deterioro cognoscitivo leve” en la actualidad se utiliza para referir a las personas que presentan evidencia de deterioro cognoscitivo principalmente de la memoria, en las pruebas neuropsicológicas pero no reúnen criterios para demencia. Este término, también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas. El deterioro cognoscitivo leve puede ser una manifestación temprana de Demencia tipo Alzheimer. (Izquierdo, 2012)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

Durante el envejecimiento normal después de los 60 años, se pueden observar los siguientes cambios en el sistema nervioso central (SNC):

- Hay pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca.
- La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Hay disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporo-parietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información.

• Los neurotransmisores se encuentran disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor.

• Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos.

• La hipertensión y la diabetes favorecen cambios ateroescleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis.

• La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β-amiloide y lipofuscina a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA Y DETERIORO COGNOSCITIVO

Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías: Envejecimiento, genética y ambientales. Dentro de estas incluyen: edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis), diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros), infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH), abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y ateroesclerosis, algunos tipos de cáncer y Enfermedad de Parkinson. Ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular previamente comentados, se deberán considerar como

alto riesgo y se recomienda realizar una evaluación en busca de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

El deterioro cognitivo puede tardar 20 o 30 años en manifestarse y los detonantes pueden ser:

- Enfermedades mentales
- Obesidad
- Y otros trastornos que favorecen a su desgaste.

Se desconoce la forma medicinal en la que pudiera prevenirse este daño, sin embargo llevando una vida sana es la mejor manera en la que podemos evitar caer en este deterioro o contraer las enfermedades que se encuentran vinculadas con él.

La pérdida de memoria forma parte del envejecimiento normal, ya que a menudo la gente se vuelve más olvidadiza cuando envejece. (Izquierdo, 2012)

Este deterioro cognitivo también se puede denominar como la perdida de funciones intelectivas que tuvo el individuo, también se empiezan a presentar ciertas disminuciones de algunas actividades mentales como es el recuerdo, pensamiento, conocimiento y lenguaje.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes. Esta se realiza típicamente cuando el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención

rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje

Se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos. Cuando sea posible, se deberá de tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad.

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que no tiene afectación en las actividades de vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome demencial. Su importancia radica en que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. Su tasa de conversión anual es del 7% al l0%.

El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognoscitivo

1. Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único.
2. Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios.
3. Deterioro cognoscitivo no amnésico de dominio único.
4. Deterioro cognoscitivo no amnésico de múltiples dominios

SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN AL DETERIORO COGNOSCITIVO

El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un síndrome geriátrico, hasta determinar sus componentes y causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afección en las áreas biológica, psíquica, social y funcional. Son

múltiples las causas que lo provocan, a la vez puede exacerbar o provocar otros síndromes geriátricos. (Izquierdo, 2012)

DEPRESIÓN

La depresión de inicio tardío (60 años y más) incrementa el riesgo 2 veces para enfermedad de Alzheimer y 3 veces para demencia vascular, en los siguientes 5 años. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento útil y fácil de aplicar por médico no especialista en salud metal para el diagnóstico de depresión y se recomienda su uso en el primer nivel de atención. El tratamiento antidepresivo mejora la cognición y la funcionalidad en sujetos con demencia y depresión. Debe individualizarse de acuerdo a las comorbilidades, interacciones farmacológicas y el estado general del paciente, cabe señalar que se requieren dosis menores que en sujetos jóvenes, ya que el adulto mayor con demencia es particularmente predispuesto a efectos adversos a los psicotrópicos.

DELIRIUM

El Delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome agudo y fluctuante, con alteraciones de la atención, conciencia y cognición, precipitado ya sea por una enfermedad subyacente o un evento en personas vulnerables. Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico.

Puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. El desarrollo de delírium tiene importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren cuidados especiales del personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización. De todo ello deriva la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz por parte del médico y personal de salud a cargo. (MOSCARDI, 2011) (Izquierdo, 2012)

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores predisponentes para el delirio incluyen deterioro cognitivo preexistente o demencia, edad avanzada, dentro de las comorbilidades se incluye alcoholismo, dolor crónico, historia de enfermedad de base pulmonar, hepática, cardiaca o cerebral, enfermedad terminal. También otros factores que predisponen son el deterioro funcional, el sexo masculino, la depresión, deshidratación, desnutrición y sensoriales (deficiencias de visión o audición)

FACTORES PRECIPITANTES

Los eventos agudos como lo son la deshidratación, fracturas, hipoxia, infecciones, isquemia (cerebral, cardíaca), medicamentos y trastornos metabólicos. También se debe tomar en cuenta situaciones como la inmovilización, uso de catéteres en la vejiga, desnutrición, eventos iatrogénicos, intoxicación por alcohol, drogas o su retirada además de influencias ambientales y psicosociales.

DELIRIUM INDUCIDO POR MEDICAMENTOS

En el 40% o más de los casos de delirio, el uso de uno o más medicamentos específicos contribuye a su desarrollo. Si bien los medicamentos a menudo incitan al delirio, son también la causa remediable más común de delirio. Dentro de los que poseen mayor riesgo de inducir delirium se encuentran medicamentos con actividad anticolinérgica (como antihistamínicos, relajantes musculares, antipsicóticos), benzodiacepinas, agonistas dopaminérgicos, ansiolíticos, narcóticos

MANIFESTACIONES CLINICAS

HIPERACTIVO: Se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da en un 15-25%. Suele asociarse a abstinencia o intoxicación por tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos.

HIPOACTIVO: Se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión. Es el tipo de delírium que se desarrolla en las alteraciones metabólicas.

Mixto: Supone el 35-50% de los síndromes confusionales. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

Las características clave del delirium son su inicio agudo y falta de atención. Para determinar la agudeza del cuadro se requiere de un conocimiento preciso del nivel de funcionamiento cognitivo anterior de los pacientes. Otra característica clave es el curso fluctuante del delirium, con síntomas que tienden a aparecer y desaparecer o aumentar y disminuir en severidad durante un período de 24 horas. (MOSCARDI, 2011)

4.3.CALIDAD DE VIDA

4.3.1. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás; la calidad de vida depende, pues, del conocimiento y la experiencia propia. (Canpos, 2011)

4.3.2. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

La calidad de vida en el adulto mayor debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentara la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. (Flores, Agosto, 2011)

La importancia del desarrollo personal y social con autonomía, el cual se reconoce enmarcada en condiciones y estilos de vida, simplifica la posibilidad de asumir decisiones teniendo en cuenta, tanto su incidencia en el plano individual como en las otras personas.

De hecho las personas viven toda una vida tratando de dar algo de sí. Mientras se es productivo van siendo mejor mirados y una vez que llegan a la etapa de la vejez lo van tildando de cascarrabias y socioeconómicamente improductivos.

Siempre se debe considerar al envejecimiento humano como el proceso que es integrado a todo un sistema multifactorial, multidimensional donde lo que se realice antes de los 60 años implicara una mejor mañana y lo que se realice durante y después de los 60 años redundara en un mañana feliz o al menos llevadero, teniendo como indicador fundamental la educación.

La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo

del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad.

En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida. (Flores, Agosto, 2011)

4.3.3. VIDA SALUDABLE

Para que el adulto mayor presenta una vida saludable es indispensable la presencia de:

ACTIVIDAD FÍSICA.

La actividad física es buena a cualquier edad. “Muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. En realidad, no hay muchas razones de

salud para limitar la actividad física. Su médico puede hablarle e indicarle si está en condiciones de realizar ejercicios, y sobre la importancia de la actividad física en su vida.

La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada persona de forma progresiva y diario para mantener la fortaleza de los músculos y los huesos.

Importancia de la actividad física:

- Fortalece los huesos y músculos.
- Permite una sensación de bienestar y disminuye la tristeza, el estrés, y la ansiedad.
- Disminuye la grasa y el azúcar en la sangre.
- Ayuda a mantener el buen estado de ánimo.
- Ayuda a dormir mejor y relajado.
- Mejora la capacidad de memoria, la atención y concentración.
- Mejora el corazón y la circulación

Como promover el ejercicio en el adulto mayor:

- Primero:

  El ejercicio es planificado para cada persona, de forma progresiva, aproximadamente 30 minutos de preferencia diaria o inter-diaria sin descansar los fines de semana ni feriados, aumentando poco a poco la cantidad del ejercicio.

- Segundo:

  Se realiza en base a un plan: Elección del horario, tipo de ejercicio a realizar, elección de vestimenta adecuada, elección del espacio físico, de equipos o aparatos

- Tercero:

  La actividad física puede ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar, montar bicicleta; o ejercicios dirigidos: gimnasia, aeróbicos, taichí, ejercicios de

flexibilidad, de fortalecimiento, equilibrio. Lo importante es que sea agradable y de fácil ejecución. (Moreno González, 2012)

Precauciones:

Antes de iniciar toda actividad física es conveniente realizar un calentamiento.

- Evitar realizar ejercicios bruscos y en exceso.
- Reconocer los signos de alarma, ej. dolor, mareos.
- Realizar la actividad física de preferencia acompañado.
- De tener enfermedad crónica, debe tener orientación médica
- Lleve medicamentos, bebidas

ACCIONES PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:

- Aceptar y adaptarse a los cambios biológicos, sociales, psicológicos, familiares, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal. El principal responsable del envejecimiento saludable es la propia persona.
- Mantenerse activo productivo y saludable en la parte física, mental y social
- Desarrollar y planificar actividades placenteras en la casa, en el trabajo, en la comunidad; empleando el tiempo libre de la mejor manera, con independencia y dignidad, buscando alcanzar sus metas, su proyecto de vida..
- Cuidando de nuestra salud, asumiendo con responsabilidad el autocuidado, compartiendo sabiduría y experiencia personal; realizando actividad física y consumiendo alimentación sana y natural.

Entorno Sano: Es la creación de condiciones sociales, ambientales, culturales, económicas, etc., que favorecen la salud. Contribuyen a la creación del entorno saludable la propia persona, familia, instituciones, asociaciones, parroquias, municipios, y la comunidad en general.

Ayuda Mutua: son acciones que realizan las personas unas con otras. Promueve las relaciones sociales, la camaradería, la solidaridad entre los integrantes de la familia y comunidad. (Moreno González, 2012)

4.4.INTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACION

4.4.1. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Es una escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer las compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).

Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria. (Basseda & Sanjuán, 2014)

NORMAS DE APLICACIÓN

- Valora 8 items (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía)y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).
- La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.
- Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

UTILIDAD

- ✓ Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.
- ✓ Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- ✓ Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

LIMITACIONES

- ➢ Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona ; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización
- ➢ Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.
- ➢ No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala pueden reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo
- ➢ Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales. (Basseda & Sanjuán, 2014)

4.4.2. ESCALA DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Whoqol- Bref *"Instrumento de Calidad de Vida de la Organización mundial de la Salud. La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo que permitiera evaluar calidad de vida a través de las culturas" (Quintanar, 2010, 43).* Este instrumento permite valorar de forma independiente la vida en general y la satisfacción con la salud.

Es un instrumento de fácil comprensión y no necesita demasiado tiempo para contestarlo, su aplicación va desde los 15 a 20 minutos y se puede obtener un perfil de la población y del contexto social. Este instrumento se ha aplicado en diversas ocasiones, como para medir la calidad de vida en adultos mayores

Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas.

Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés

Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

Puntuación:

- El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la

puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

- Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones.
- Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. no existen puntos de corte propuestos. a mayor puntuación, mayor calidad de vida. (Torres M & Rioseco R, 2010)

5. MÉTODOLOGIA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es:

ESTUDIO CUANTITATIVO: Porque permitirá examinar datos numéricos que forman parte importante de la investigación y sobre todo la obtención de datos claros y confiables.

ESTUDIO ANALÍTICO: Porque se va a relacionar dos variables la presencia de los Grandes Síndromes Geriátricos y la calidad de vida que poseen, ya sean situaciones físicas, psicológicas, sociales.

ESTUDIO TRANSVERSAL: Porque apunta a un momento y un tiempo determinado de investigación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIVERSO: Corresponde a 136 adultos mayores de la Zona Urbana, de la Parroquia de San Antonio Zumbi.

MUESTRA: Constituye 60 adultos mayores de la Zona Urbana, de la Parroquia de San Antonio Zumbi que acuden regularmente al Centro Gerontológico "Santa Clara", que son los que participan en el trabajo de investigación.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años que vivan en la zona urbana de la Parroquia San Antonio Zumbi.
- Adultos mayores de 65 años que acepten participar en la investigación de la Parroquia San Antonio Zumbi.

Criterios de exclusión

- Adultos menores de 65 años de la Parroquia San Antonio Zumbi.
- Adultos mayores que vivan en la zona ru
- ral de la Parroquia San Antonio Zumbi.
- Adultos mayores de 65 años que no acepten participar en la investigación de la Parroquia San Antonio Zumbi.

TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. **La observación:**

En la investigación se utilizara la técnica de observación en el grupo de personas adultas mayores, para observar la problemática de estudio.

2. **Escala de Lawton y Brody:** Es el instrumento de medición de Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que permite la valoración de dependencia e independencia del adulto mayor, fue desarrollada en el centro geriátrico de Filadelfia, traducida al español y publicada en el año 1993; se utiliza internacionalmente y en las unidades geriátricas de España sobre todo a nivel de consulta y hospital de día siendo efectiva la recolección de los datos que proporciona.

   En la presenten investigación se utiliza la escala como guía de información, y de los datos recolectados más la observación directa de cada adulto mayor, se pudo diferenciar los grandes síndromes geriátrico que afecta a cada paciente.

3. **Escala de WHOQOL- BREF**: En la década de 1990-99 la OMS (Organización mundial de la Salud) reunió un grupo de investigadores de diferentes países para desarrollar un instrumento para medir la calidad de vida que fuera aplicable

transculturalmente. El primero de estos fue el WHOQOL-100. Posteriormente, se modificó opciones, obteniéndose el WHOQOL-BREF que consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Los parámetros de respuesta son con 4 opciones: Buena (presencia de bienestar físico, material, social, de desarrollo y emocional), Normal (ausencia de 1 de los aspectos mencionados), Regular (ausencia de 2 o más de los aspectos mencionados), Muy mala (ausencia total de los aspectos mencionados) permitiendo obtener así un resultado.

En la presenten investigación este instrumento es idóneo, ya que los parámetros que evalúa engloban bajo el término «calidad de vida » que es los que se necesita para la realización de la investigación.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una prueba piloto a 10 adultos mayores pertenecientes al Barrio Shushuhuaico, de la Provincia de Loja, que permitan dar la perspectiva de la recolección de datos mediantes los Test a aplicar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se realizó un oficio dirigido al Ing. Patricio Quezada Moreno, Alcalde del GAD (Gobierno Autónomo Descentralizado) del Cantón Centinela del Cóndor, para que permita ejecutar el trabajo de investigación. Consentimiento informado de los Adultos Mayores para llevar a cabo la encuesta.
- Realización del consentimiento informado de los Adultos Mayores para llevar a cabo las escalas.

1. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

- Recolección de datos a través de las escalas correspondientes para la obtención de los objetivos.
- El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa de Excel, con el cual se realiza tablas y gráficos estadísticos para una mejor comprensión de datos y resultados de los objetivo propuestos.

6. PRESENTACION DE RESULTADO

TABLA N° 1.

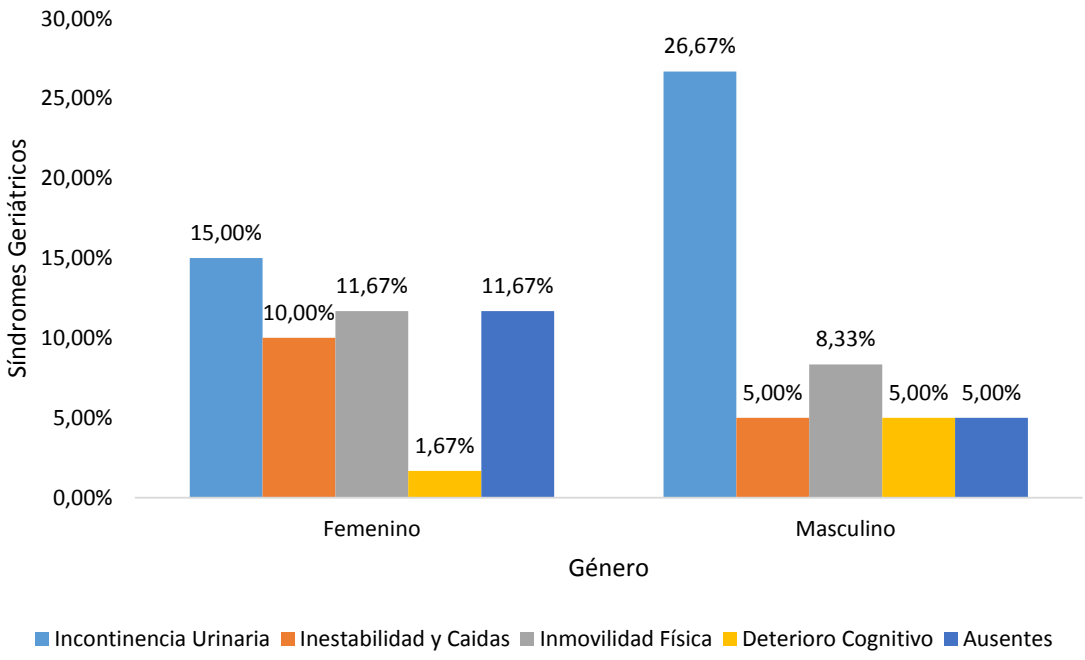
GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS POR GÉNERO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI. PERÍODO FEBRERO - AGOSTO 2015

			GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS				
			Incontinencia Urinaria	Inestabilidad y Caídas	Inmovilidad Física	Deterioro Cognitivo	Ausentes
Género	Femenino	Frecuencia	9	6	7	1	7
		% dentro de Sexo	15%	10%	11.67%	1.67%	11.67%
	Masculino	Frecuencia	16	3	5	3	3
		% dentro de Sexo	26.67%	5.00%	8.33%	5.00%	5.00%

Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala de Lawton y Brody

GRÁFICO N° 1

GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS POR GÉNERO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI. PERÍODO FEBRERO - AGOSTO 2015



Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala de Lawton y Brody

INTERPRETACIÓN: De las 60 personas evaluadas, el síndrome de incontinencia urinaria presenta 15% en el género femenino y 26.67% en el género masculino, el síndrome de inestabilidad y caídas 10.0% y 5.0% respectivamente, el síndrome de inmovilidad física 11.67% en el género femenino, 5.0% en el género masculino; el síndrome de deterioro cognitivo 1.67% y 5.0% respectivamente y en ausencia de síndromes 11,67% en el género femenino 5.0% en el género masculino.

TABLA N° 2.

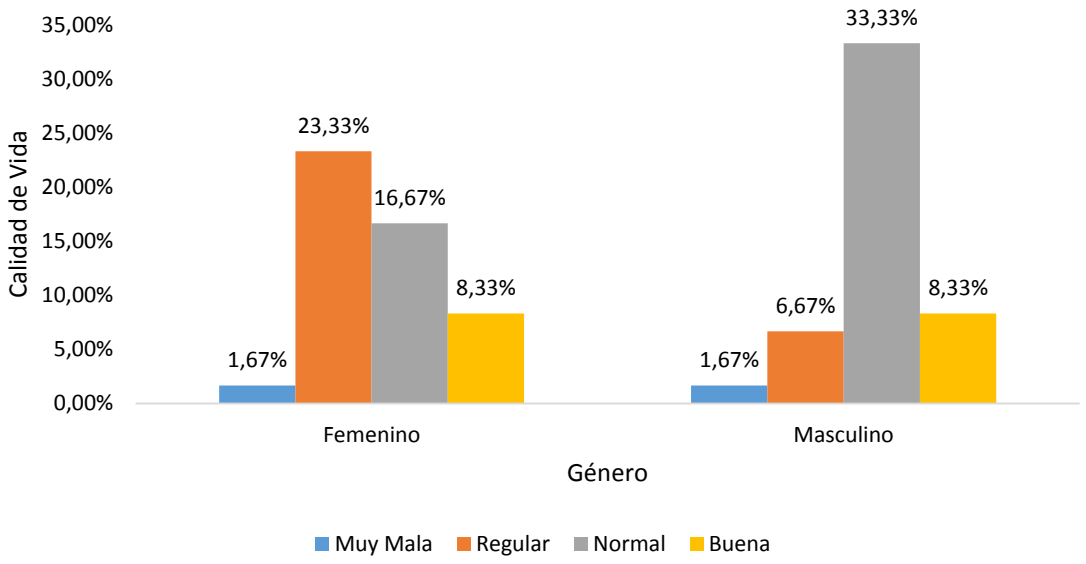
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES POR GÉNERO DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI, PERÍODO FEBRERO - AGOSTO DE 2015

			CALIDAD DE VIDA			
			Muy Mala	Regular	Normal	Buena
Género	Femenino	Frecuencia	1	14	10	5
		% dentro de Sexo	1.67%	23.33%	16.67%	8.33%
	Masculino	Frecuencia	1	4	20	5
		% dentro de Sexo	1.67%	6.67%	33.33%	8.33%

Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala WHOQOL-BREF

GRÁFICA N°2

CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES POR GÉNERO DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI, PERÍODO FEBRERO - AGOSTO DE 2015



Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala WHOQOL-BREF

INTERPRETACIÓN: La calidad de vida que posee el adulto mayor de sexo femenino en un 23.33% de forma regular, 16.67% normal, el 8.33% buena y 1.67% muy mala, a diferencia del sexo masculino que posee en un 33.33% la calidad de vida es normal, 8,33% buena, 6.67% regular y tan solo 1.67% la calidad de vida es mala.

TABLA N° 3.

RELACIÓN ENTRE LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI, PERÍODO FEBRERO - AGOSTO DE 2015

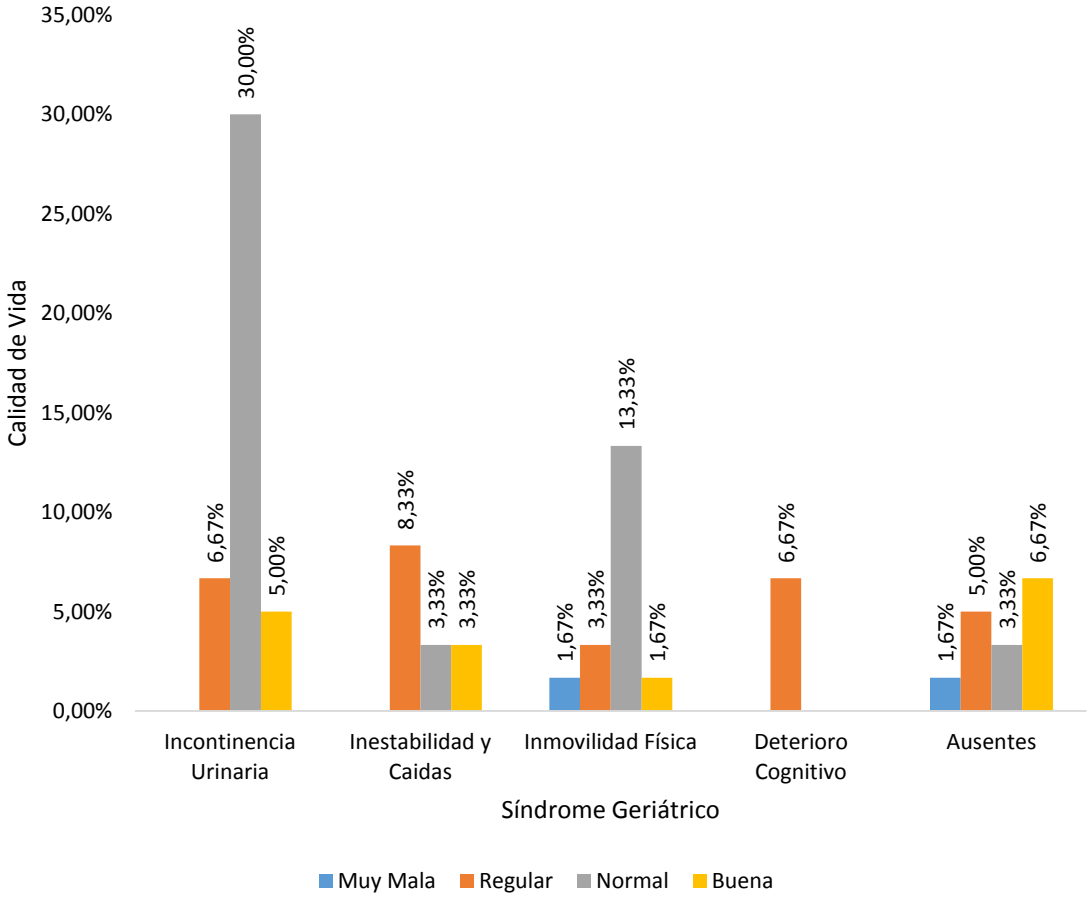
			CALIDAD DE VIDA			
			Muy Mala	**Regular**	**Normal**	**Buena**
Síndromes Geriátricos	**Incontinencia Urinaria**	Frecuencia	0	4	18	3
		% dentro de Síndromes Geriátricos	0.00%	6.67%	30.00%	5.00%
	Inestabilidad y Caídas	Frecuencia	0	5	2	2
		% dentro de Síndromes Geriátricos	0.00%	8.33%	3.33%	3.33%
	Inmovilidad Física	Frecuencia	1	2	8	1
		% dentro de Síndromes Geriátricos	1.67%	3.33%	13.33%	1.67%
	Deterioro Cognitivo	Frecuencia	0	4	0	0
		% dentro de Síndromes Geriátricos	0.00%	6.67%	0.00%	0.00%
	Ausentes	Frecuencia	1	3	2	4
		% dentro de Síndromes Geriátricos	1.67%	5.00%	3.33%	6.67%

Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala de Lawton y Brody y WHOQOL-BREF

.

GRÁFICO N° 3.

RELACIÓN ENTRE LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI, PERÍODO FEBRERO - AGOSTO DE 2015



Elaboración: Gisela Verónica Sarango Rodríguez
Fuente: Escala de Lawton y Brody y WHOQOL-BREF

INTERPRETACIÓN: Del 100% de la muestra, el síndrome de incontinencia urinaria presenta calidad de vida normal en 30%, 6.67% regular y 5.0% buena; en el síndrome de inestabilidad y caídas el 8.33% presenta una calidad de vida regular, el 3.33% buena y normal respectivamente; en el síndrome de inmovilidad física 13.33% cuentan con una calidad de vida normal, el 3.33% regular, y el 1.67% buena y muy mala, en el síndrome de deterioro cognitivo 6.67% presenta calidad de vida regular, y en ausencia de los grandes síndromes geriátrico el 6.67% presentan una calidad de vida buena, el 5.0% regular, el 3.33% normal, y el 1.67% muy mala.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los síndromes geriátricos son el pilar del estudio de adultos mayores; por ser un padecimiento a los que está propenso todo individuo, por la misma edad y la presencia de múltiples patologías. Y de esta forma permite formar el pronóstico de la persona en cuanto a calidad de vida.

En la revista Enferm Inst Mex Seguro Soc en el 2007, habiendo realizado un estudio en la población mexicana menciona que entre 30 a 50% de mayores de 65 años de edad padecen Incontinencia Urinaria; y en un porcentaje mayor en mujeres, cifra que difiere con el estudio realizado, al evaluar los adultos mayores de la Parroquia San Antonio de Zumbi en donde de 41,67% adultos mayores que padecen de este síndrome en hombres representa un 26.67%, mientras en mujeres tan solo 15% y en España, la prevalencia oscila desde el 31,7% al 53,3% en el 2010, según estudios realizados en Complejo Hospitalario Universitario de Albacete , y en las estudios hechos, anuncian que aquellos adultos mayores que presentan el síndrome de incontinencia urinaria en casi el 50% su calidad de vida es regular a diferencia del estudio realizado en donde se encontró que el 6.67% presenta una calidad de vida regular y al contrario el 30% percibe una calidad de vida normal y el 5% buena gracias a la ayuda que le han proporcionado el Centro Geriátrico.

Al hablar del síndrome de inmovilidad física el cual presento un 20% en los resultados La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar. A diferencia del estudio realizado en Bucaramanga en Colombia en la Universidad de Santander en el 2011 menciona que el 45.9% de este síndrome se manifestó en los adultos mayores, y la calidad de vida que era buena en un 40% sobrellevando en si la patología con la ayuda familiar, social y económica; a diferencia de

este estudio tan solo el 1.67% presenta una calidad de vida buena ocupando en el 2011 con un 13.33% una calidad de vida normal.

El estudio realizado por la Revista Latino-Am. Enfermagem en Cuba en el 2012 refiere que el síndrome de inestabilidad y caídas se presenta en 25% presentaron entre 1 y 3 caídas de la cual el sexo femenino presento la mayoría de dicho síndrome dejando en segundo lugar al sexo masculino, a diferencia de este estudio en el que se presentó un 14.99%, presentándose con una gran mayoría en el sexo femenino, con una calidad de vida regular en un 8.33% a diferencia del estudio realizado en Cuba en el que todos los casos cuentan con calidad de vida regular.

El Deterioro Cognitivo en el adulto mayor de la investigación realizada fue en un 6.67% y del mismo porcentaje poseen la calidad de vida regular, mientras que en la investigación en la Clínica Familiar en México por Estrella Hernández en el 2010, se presentó un deterioro cognitivo en cerca del 12.1% de los adultos mayores evaluados, mismos en los que se destacó una calidad de vida regular en igual porcentaje.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2009. Menciona que de acuerdo a los datos presentados, las personas mayores de 60 años padecen algún Síndrome Geriátrico: en la mujer con el 53,4%, y en el hombre 47%, datos que hacen relación con la investigación propuesta presentándose un 83.33% de evaluados de los que el 50.1% son de sexo femenino y 45%de sexo masculino y del total tan solo el 16.65% no presenta estos síndromes, a diferencia de la provincia de Zamora Chinchipe quien no cuenta con un estudio que permita evaluar una relación, demostrando de esta manera que es necesario tomar en cuenta estos aspectos la salud integral de los adultos mayores,

Se debe destacar que la ausencia de síndromes en los adultos mayores con un 16.65% la evaluación de la calidad de vida se presentó en un 6.67% buena, en tanto que el 5.0% fue regular , el 3,3% normal y el 1.67% muy mala deduciendo que no necesariamente la

presencia de un síndrome geriátrico puede influir en la calidad de vida del adulto mayor sino también hay gran influencia los factores sociales, familiares, económicos que son los que proporcionaran al adulto mayor que su envejecimiento cuente con una mejor guía para la salud y la integridad de una vida óptima.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con el Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos se llega a la siguiente conclusión:

- Dentro de los grandes síndromes geriátricos establecidos en esta investigación el síndrome de incontinencia urinaria es el de mayor porcentaje 41.67% tanto en hombres como mujeres pertenecientes al Centro Gerontológico Santa Clara y en menor porcentaje 6.67% se presenta el Deterioro Cognitivo, habiendo de mencionar del total de evaluados se presentó un 16.65% de ausencia de síndromes geriátricos en los adultos mayores.
- La calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico Santa Clara, es de forma normal en un 49.99%, regular 30.0%, bueno en 16%, muy malo en un 3.34%, valores en los que tiene gran influencia la ayuda recibida por el centro geriátrico.
- Al relacionar la presencia de los 4 grandes síndromes geriátrico con la calidad de vida se concluyó que un 49.99% posee una calidad de vida normal, sobrellevando la patología, pese a las complicaciones que conlleva , el 30% posee una calidad de vida regular, siendo difícil el proceso de aceptación del pasar de los años y el deterioro del cuerpo que lleva consigo la presencia de este síndrome, el 16.67% percibe una calidad de vida buena, señalando que esto es debido a que cuentan con el apoyo familiar, social y económico, y tan solo 3.34% en relación con la calidad de vida muy mala es debido a que no cuentan con ningún medio que permita con llevar esta patología.
- Al haber realizado la socialización con las autoridades dando a conocer los resultados y entregando trípticos con la información, manifestaron que se realizaría

la implementación necesaria para asesoramiento, y medios útiles para el fortalecimiento familiar , social y en salud de los adultos mayores de la Parroquia San Antonio Zumbi

9. RECOMENDACIONES

En base al Análisis y conclusión de la investigación realizada se sugiere las siguientes recomendaciones:

- El Gobierno de la alcaldía debería conformar un equipo humano multidisciplinario que junto con el MSP (Ministerios de Salud Pública) esté capacitado para realizar la atención integral del adulto mayor y específicamente a las personas que adolecen de los grandes síndromes geriátricos como son: incontinencia urinaria, inmovilidad física, inestabilidad y caídas, deterioro cognitivos

- Concientizar a la familia sobre la importancia de tener conocimiento básico de atención al adulto mayor, lo que permitiría un adecuado manejo en el seno de la familia, mejorando por ende la calidad de vida de este grupo etario.

10. BIBLIOGRAFÍA

Arias, C. (2013, diciembre). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontologia*, 313-329.

Basseda, R. M., & Sanjuán, A. E. (2014). *TRATADO DE GERIATRÍA PARA RESIDENTES.*

Brito, D. G. (21 de Agosto de 2013). *SlideShare*. Obtenido de http://es.slideshare.net/Gusbree/sndromes-geritricos-25465121

Canpos, F. R. (3 de octubre de 2011). *Salud y calidad de vida en las personas mayores.* Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-SaludYCalidadDeVidaEnLasPersonasMayores-743587%20(3).pdf

Chan, D. M. (2015). *Organizacion Mundial de la Salud.* Obtenido de http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

Chile, P. U. (Agosto, 2011). *GUIA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.* Santiago de Chile: Salesianos.

García, R. R. (2011). *Práctica de la Geriatría.* interamericana: Editorial McGraw-Hill.

Gutiérrez, A. A. (Junio de 2012). *Autocuidado de salud.* Chile: Caja los Andes.

Lawton MP, B. E. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living.* Gerontologist.

Madrigal, L. N. (2015). Síndrome de inmovilización. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, 551 - 555.

mejorvida, m. (Miercoles 18 de Septiembre de 2013). EL ADULTO MAYOR Y SU AUTOESTIMA. *"Satélite"* .

Moreno González, A. (2012). INCIDENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, .222-237.

MOSCARDI, M. M. (27 enero de Enero de 2011). *Cuidadores Domiciliarios de Adultos Mayores.* Obtenido de https://nancyclides.wordpress.com/2011/01/27/deterioro-cognitivo-y-demencia/

Rivera, L. R. (2010). *Incontinencia Urinaria en el adulto mayor.* Oxford: GEROINFO PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍÁ Y GERIATRÍA.

S, E. M., C., A. V., & V, P. H. (2010). *manual de prevencion y caidas en el adulto mayor.* Chile: Gobierno de Chile.

Salud, O. M. (septiembre de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/

SOCIAL, M. D. (2012 - 2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores.* Ecuador: Constitución de la República del Ecuador.

Torres M, Q. M., & Rioseco R, D. M. (2010). *ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF.* MADRID ESPAÑA: Servicio Andaluz de Salud.

Wainstein, C., Quera, R., & Isabel, Q. G. (March 2013). Incontinencia fecal en el adulto: Un desafio permanente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 249–261.

Yánez, P. Á. (s.f.).

Yánez, P. Á., Figueroa, L. P., Villalobos, A., & Villacís, J. (Mayo 2010). *Normas y protocolos de atencion integral de salud de las y los adultos mayores.* Quito, Ecuador: Direccion de normatizacion del SNS.

ANEXOS

ANEXOS N°1

PERMISOS PARA OBTENER DATOS

Zumbi, 06 de Marzo de 2015

Ingeniero

Patricio Quezada Moreno

ALCALDE DEL GAD DEL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quien forma parte de la Universidad Nacional de Loja del Área de Salud Humana de la Carrera de Medicina

Estimado Alcalde, YO GISELA VERONICA SARANGO RODRIGUEZ con C.I. Nº 1104105844, estudiante del 9no año, misma que me encuentro realizando la investigación para el tesis con el tema "Grandes Síndromes geriátricos y su relación con la calidad de vida en los adultos mayores de la parroquia San Antonio Zumbi del cantón centinela del cóndor en Zamora Chinchipe periodo Febrero - Agosto 2015; por medio de la presente solicito a usted, se me facilite el acceso para la obtención de información que permitirá el desarrollo del mismo.

Esperando que mi petición tenga la aceptación correspondiente, de antemano extendiéndole mis más sinceros agradecimientos y deseándole éxitos en sus funciones.

Atentamente

Gisela Verónica Sarango Rodríguez

N° 1104105844

ANEXOS N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gisela Verónica Sarango Rodríguez estudiante de la carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es DETERMINA LOS GRANDES SINDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI DEL CANTON CENTINELA DEL CONDOR EN ZAMORA CHINCHIPE PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2015. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA

MÓDULO IX

OBJETIVO: Determinar los Grandes Síndromes Geriátricos en los adultos mayores y su relación con la calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia San Antonio Zumbi del Cantón Centinela del Cóndor en Zamora Chinchipe, periodo Febrero - Agosto 2015

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad:

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	
No es capaz de usar el teléfono	
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	
Realiza independientemente pequeñas compras	
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	
PREPARACION DE COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	

CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	
No participa en ninguna labor de la casa	
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	
Lava por sí solo pequeñas prendas	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	
No viaja	
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	
No es capaz de administrarse su medicación	
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	
Incapaz de manejar dinero	

Estratificación:

PUNTUACIÓN	DEPENDENCIA
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

GRANDES SINDROMES GERIATRICOS	PRESENTES	AUSENCIA
INCONTINENCIA URINARIA		
INESTABILIDAD Y CAIDAS		
INMOVILIDAD FISICA		
DETERIORO COGNITIVO		

ESCALA DE WHOQOL-BREF PARA LA CALIDAD DE VIDA

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco. Sexo:

Hombre ☐ Mujer ☐

¿Cuándo nació?

Día ☐ Mes ☐ Año ☐

¿Qué estudios tiene?

Ninguno ☐ Primarios ☐ Secundarios ☐ Universitarios ☐

¿Cuál es su estado civil?

Soltero /a ☐ Separado/a ☐ Casado/a ☐

Divorciado/a ☐ Unión libre ☐ Viudo/a ☐

¿En la actualidad, está enfermo/a?

Sí ☐ No ☐

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

……

……

……Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	**Regular**	**Normal**	**Buena**
1	**¿Cómo calificaría su calidad de vida?**	1	2	3	4

		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	**¿Cómo satisfecho/a esta con su salud?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3	**¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	**¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	**¿Cuánto disfruta de la vida?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	**¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	**¿Cuál es su capacidad de concentración?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	**¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	**¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida**.**

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
10	**¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	**¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	**¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	**¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	**¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	**¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho	Poco	Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	**¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	**¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	**¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	**¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	**¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	**¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	**¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	**¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	**¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	**¿Cómo de satisfecho/a está**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

	con los servicios de transporte de su zona?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		NUNCA	RARAMENTE	MODERADAMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
26	**¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

……

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

……

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

……

GRACIAS POR SU AYUDA

ANEXOS N° 5

THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial **Nº 320 - 15.**

CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **"GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SAN ANTONIO ZUMBI PERTENECIENTE AL CANTÓN CENTINELA DEL CÓNDOR DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"."** realizado por la **Sra. GISELA VERÓNICA SARANGO RODRÍGUEZ** con número de cédula **1104105844,** estudiante de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,** ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 17 de Septiembre del 2016

ROYAL INTERNATIONAL LANGUAGE ACADEMY
THE CANADIAN HOUSE CENTER
CHC
DIR. MICHELE RIVADENEIRA 1-35 ENTRE TEL. 2571600 LOJA

LIC. ROSS SAMPAYO
DIRECTOR ACADÉMICO
THE CANADIAN HOUSE CENTER

ANEXOS N° 6

FIGURA N° 1. TOMA DEDATOS

FIGURA N° 2. SOCIALIZACIÓN DE DATOS

El presente documento es la traducción exacta del documento original
Fecha: **15 de septiembre del 2016**
Firmado por: _____
Nombre del traductor: **Lic. Ross Sampayo**
Cargo: **Director Académico del The Canadian House Center**
Información de contacto: **ross.sampayo@hotmail.co.uk**
Teléfono: **(+593) 7257 1800**
THE CANADIAN HOUSE CENTER está aprobado por el
Ministerio de Educación según resolución ministerial **Nº 007-CZE-Z7-2012**