



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**  
**MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**  
**CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Proyecto de Investigación previo a la  
obtención del título de Licenciado en  
Enfermería.

**Título del Proyecto de Investigación**

**“Identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico  
Quevedo y su relación con los grandes síndromes geriátricos. 2014 - 2015”**

**Autor:**

**Gilberto Fausto Troya Herrera**

**Directora de Proyecto de Investigación**

**Ing. María del Carmen Samaniego Armijos, M.Sc.**

**Quevedo - Los Ríos - Ecuador.**

**2015**



## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

Yo Troya Herrera Gilberto Fausto, declaro que el trabajo aquí escrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

---

**Troya Herrera Gilberto Fausto**  
**C.I. 0802298679**

## **CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

La suscrita, Ing. María del Carmen Samaniego Armijos, M.Sc., Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que el estudiante Gilberto Fausto Troya Herrera, realizó el Proyecto de Investigación de grado titulado “IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO QUEVEDO Y SU RELACIÓN CON LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS. 2014 - 2015”, previo a la obtención del título de licenciado en enfermería, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

.....  
Ing. María del Carmen Samaniego Armijos, M.Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**  
**MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**  
**CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Título:** “Identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del centro gerontológico Quevedo y su relación con los grandes síndromes geriátricos. 2014 - 2015”

Presentado a la Comisión Académica como requisito previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

**Aprobado por:**

-----

Lcda. Ramona Montes Vélez, M.Sc.  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS

-----  
Lcda. Gloria Goiburo Fuentes, M.Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL  
DE TESIS

-----  
Psi. Mariana Solís García, M.Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL  
DE TESIS

**QUEVEDO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**AÑO 2015**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradecer a Dios

A toda mi familia porque sin ellos no hubiese sido posible el logro de mi objetivo y culminar con éxitos la meta deseada.

A la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, en cuyas aulas los Maestros me brindaron sus conocimientos y estuvieron prestos a cualquier inquietud.

A las autoridades de la Universidad. Dr. Eduardo Díaz Ocampo. Rector de la UTEQ, por su gestión.

Ing. Guadalupe del Pilar Murillo Campusano, M.Sc. Vicerrectora Académica de la UTEQ, por su labor para con la comunidad universitaria.

Ing. Mariana Reyes Bermeo M.Sc. Directora (e) de la UED, por su labor realizada y apoyo durante todo el tiempo de mi formación profesional.

A la Lcda. Ramona Montes Vélez M.Sc. Coordinadora de la Carrera de Licenciatura de Enfermería por ser una docente comprometida con la formación de los estudiantes.

Y, en especial, a mi tutora Ing. María del Carmen Samaniego por el apoyo brindado para culminar esta tesis y obtener mi tan ansiada Licenciatura en Enfermería.

También agradezco a los Miembros del Centro Gerontológico Quevedo, a los adultos mayores, gracias a ellos pude lograr los objetivos de la presente investigación.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo realizado con esfuerzo y dedicación en primer lugar a Dios, por haberme dado la vida, brindarme salud y ser mí guía hacia el camino del bien, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padre por su apoyo incondicional y desinteresado, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. A mis hermanos por estar siempre presentes, por acompañarme durante este arduo camino.

A mi madre, María Cristina Herrera y a mi hermano José Troya Herrera, que aunque ellos estén ante la presencia del Señor. Han sido y siguen siendo fuente de inspiración para seguir adelante para lograr alcanzar esta meta anhelada. A las personas que han sido mi fortaleza, fuente de inspiración para seguir adelante.

Gilberto

## **RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVES**

La presente investigación tiene el carate descriptivo, documentar, de campo y se llevó a cabo en el centro Gerontológico “Quevedo” ubicado en la Parroquia Venus del Cantón Quevedo Provincia de Los Ríos. Con una duración de 90 días. La población del centro Gerontológico “Quevedo” es de 33 adultos mayores residentes y 40 diurno, de los cuales se tomó una muestra del 100%, que son los que participan en el trabajo de investigación. Los factores de riesgo que influyen en los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, en relación con los síndromes geriátricos se pudo determinar mediante las encuestas realizadas, y la recopilación de la información por medio del instrumento de recolección de datos (escala geronto geriátrica), además de la historia clínica de los adultos mayores, estableciendo que el 1.37% sufren de deterioro social severo y se da en forma similar para aquellos adultos mayores que tienen de una a cuatro enfermedades mientras los que tienen un riesgo social va desde 9.59% hasta 5.48% dependiendo de las enfermedades que sufran. En cuanto a la deprivación sensorial y su relación con las caídas nos encontramos que el 2.74% que tienen alto riesgo de caída padecen de dificultad auditiva y el 23.7% padecen de dificultad visual. Los problemas de mayor prevalencia del adulto mayor en relación con los síndromes geriátricos, es el estado de nutrición con la funcionalidad el 6.85% de los adultos mayores necesitan mucha ayuda debido a su bajo peso y el 1.37% de sobre peso.

### **Palabras claves**

Factores de riesgos, Adulto Mayor, Centro Gerontológico, Síndrome Geriátricos, Riesgo Social, Deprivación Sensorial.

## **ABSTRACT AND KEYWORDS**

The present investigation has the descriptive carate, to document, of field and it was carried out in the Gerontological center "Quevedo" located in the Parish Venus of the Canton Quevedo County of The Ríos. With a duration of 90 days. The population of the Gerontological center "Quevedo" it is of resident bigger 33 adults and 40 daily, of which he/she took a sample of 100% that you/they are those that participate in the investigation work. The factors of risk that influence in the adults bigger than the Gerontological Center Quevedo, in connection with the syndromes geriatics you could determine by means of the realized surveys, and the summary of the information by means of the instrument of gathering of data (it climbs geronto geriática), besides the clinical history of the biggest adults, establishing that 1.37% suffers of severe social deterioration and it is given in similar form for those bigger adults that have from one to four illnesses while those that have a social risk go from 9.59% to 5.48% depending on the illnesses that suffer. As for the sensorial deprivación and their relationship with the falls are that 2.74% that have high fall risk suffers of auditory difficulty and 23.7% they suffer of visual difficulty. The problems of the biggest adult's bigger prevalence in connection with the syndromes geriatics, it is the nutrition state with the functionality 6.85% of the biggest adults they need a lot of help due to their first floor weight and 1.37% of on weight.

### **Passwords**

Factors of risks, bigger Adult, Gerontological Center, Syndrome Geriatrics, Social Risk, Sensory deprivation.

## TABLA DE CONTENIDO

Cubierta y Portada.....	i
Hoja en blanco	
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	iii
Certificación de culminación del proyecto de investigación.....	iv
Certificado del Reporte de la herramienta de prevención de coincidencia y/o plagio académico.....	iv
Certificado de aprobación por tribunal de sustentación.....	v
Agradecimiento .....	vii
Dedicatoria.....	viii
Resumen ejecutivo y palabras claves .....	ix
Abstract and keywords .....	x
Tabla de contenido.....	xi
índice de cuadros .....	xv
Código dublin .....	xvii
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Problema de investigación.....	4
1.1.1. Planteamiento del problema. ....	4
1.1.2. Formulación del problema.....	5
1.1.3. Sistematización del problema.....	5
1.2.1. Objetivo general. ....	5
1.2.2. Objetivos específicos.....	5
1.3. Justificación.....	6
<b>CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>7</b>
2.1. Marco conceptual. ....	8
2.1.1. Factores de riesgos en el adulto mayor.....	8
2.1.1.1. Factor de riesgo físico.....	8
2.1.1.2. Riesgo psicológico.....	8
2.1.1.3. Riesgos sociales.....	8
2.1.2. Adulto mayor.....	9
2.1.3. Centro gerontológico.....	9

2.1.4. Síndrome geriátricos.....	9
2.1.5. Riesgo social.....	9
2.1.6. Deprivación sensorial .....	10
2.1.6.1. Enfermedades en el anciano .....	10
2.1.7. Gerontología.....	10
2.1.7.1. Bases gerontológicas.....	10
2.1.7.2. Centro gerontológico.....	11
2.1.7.2.1. Tipos de centros gerontológicos.....	11
2.1.8. Adulto mayor.....	12
2.1.8.1. Características generales del adulto mayor.....	13
2.1.8.2. Situación de los adultos mayores en el ecuador.....	13
2.1.9. El envejecimiento.....	14
2.1.9.1. Causas y consecuencias del envejecimiento.....	15
2.1.9.2. Efectos del envejecimiento.....	15
2.1.10. Valoración geriátrica integral.....	16
2.1.10.1. Valoración nutricional.....	17
2.1.10.2. Índice de masa corporal.....	17
2.1.11. Grandes síndromes geriátricos.....	17
2.1.11.1. Caídas.....	18
2.1.11.2. Dismovilidad e inmovilidad.....	19
2.1.11.3. Demencias-enfermedad de alzheimer.....	21
2.1.11.4. Deterioro cognitivo.....	22
2.1.11.5. Delirio o síndrome confusional.....	22
2.1.11.6. Depresión.....	23
2.1.11.7. Alteraciones visuales y auditivas.....	24
2.1.11.8. Incontinencia urinaria.....	25
2.1.11.9. Úlceras por presión.....	26
2.1.11.10. Trastornos del sueño.....	26
2.1.12. Proceso de atención de enfermería .....	27
2.1.12.1. Fases del proceso de enfermería.....	27
2.1.12.2. Etiqueta diagnóstica de enfermería principales en los adultos mayores.....	27
2.2. Marco referencial.....	28

2.2.1. Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la parroquia de conocoto y sus efectos en la calidad de vida. ....	28
2.2.2. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. ....	29
2.2.3. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado .....	29
2.2.4. Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor. ....	30
2.3. Marco legal .....	31
2.3.1. Constitución de la república .....	31
2.3.2. Plan del buen vivir .....	32
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>33</b>
3.1. Localización.....	34
3.2. Tipos de investigación. ....	34
3.2.1. Investigación documental. ....	34
3.2.2. Investigación de campo. ....	34
3.3. Métodos de investigación. ....	34
3.3.1. Inductivo-deductivo.....	34
3.3.2. Lógico histórico. ....	34
3.3.3. Analítico-sintético. ....	35
3.3.4. Sistemático. ....	35
3.4. Fuentes de recopilación de información.....	35
3.4.1. Fuentes primarias.....	35
3.4.2. Fuentes secundarias. ....	35
3.5. Metodología utilizada en la investigación.....	35
3.6. Instrumentos de investigación. ....	37
3.6.1. Observación directa. ....	37
3.6.2. Entrevista. ....	37
3.6.3. Encuestas. ....	37
3.6.4. Población. ....	37
3.7. Tratamiento de los datos.....	38
3.8. Recursos humanos y materiales.....	38
3.8.1. Recursos humanos. ....	38
3.8.2. Materiales. ....	38

<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
4.1. RESULTADOS. ....	41
4.1.1. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según el grado de comorbilidad en relación al rango de edad. ....	41
4.1.2. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo con deterioro social en relación al grado de comorbilidad. ....	42
4.1.3. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según su grado de funcionalidad en relación a su estado nutricional. ....	43
4.1.4. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo con riesgos de caídas en relación al grado de deprivación. ....	44
4.1.5. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo con trastornos del sueño en relación al grado de deterioro social. ....	45
4.1.6. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según su estado nutricional en relación al grado de comorbilidad. ....	46
4.1.7. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según el grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en relación al riesgo de padecer caídas. ....	47
4.1.8. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según sus grado funcionalidad en relación a sus grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa. ....	48
4.1.9. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo según su estado nutricional en relación al trastorno del sueño. ....	49
4.1.10. Distribución porcentual de adultos mayores del centro gerontológico quevedo con riesgos de caídas en relación al rango de edad.....	50
4.2. Discusión. ....	51
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>53</b>
5.1. Conclusiones.....	54
5.2. Recomendaciones. ....	55
<b>CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>56</b>
6.1. Revisión literaria. ....	57
<b>CAPÍTULO VII. ANEXOS .....</b>	<b>61</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

1. Efectos del envejecimiento.....	16
2. Materiales en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	39
3. Distribución porcentual de adultos mayores, según el grado de comorbilidad en relación al rango de edad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	41
4. Distribución porcentual de adultos mayores con deterioro social en relación al grado de comorbilidad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	42
5. Distribución porcentual de adultos mayores según su grado de funcionalidad en relación a su estado nutricional en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	43
6. Distribución porcentual de adultos mayores, con riesgos de caídas en relación al grado de deprivación en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	44
7. Distribución porcentual de adultos mayores, con trastornos del sueño en relación al grado de deterioro social en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	45
8. Distribución porcentual de adultos mayores, según su estado nutricional en relación al grado de comorbilidad en la identificación de los factores de riesgo	

en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015. ....	46
<b>9.</b> Distribución porcentual de adultos mayores, según el grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en relación al riesgo de padecer caídas en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015. ....	47
<b>10.</b> Distribución porcentual de adultos mayores, según sus grado funcionalidad en relación a sus grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015. ....	48
<b>11.</b> Distribución porcentual de adultos mayores, según su estado nutricional en relación al trastorno del sueño, en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	49
<b>12.</b> Distribución porcentual de adultos mayores, con riesgos de caídas en relación al rango de edad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.....	50

## CÓDIGO DUBLIN

<b>Título:</b>	“Identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del centro gerontológico Quevedo y su relación con los grandes síndromes geriátricos. 2014 - 2015”				
<b>Autor:</b>	Gilberto Fausto Troya Herrera				
<b>Palabras clave:</b>	Adulto Mayor	Gerontológico	Riesgo Social		
	Factores de riesgo	síndromes geriátricos	Deprivación Sensorial		
<b>Fecha de publicación:</b>	16 diciembre -15				
<b>Materia</b>	CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA				
<b>Editorial:</b>	Quevedo: UTEQ, 2015.				
<b>Resumen:</b>	<p>Resumen. La presente investigación se llevó a cabo en el centro Gerontológico “Quevedo” ubicado en la Parroquia Venus del Cantón Quevedo Provincia de Los Ríos. Con una duración de 90 días. La entrevista se la efectuó a la Directora del Centro Gerontológico de la Ciudad Quevedo. La población del centro Gerontológico “Quevedo” es de 33 adultos mayores residentes y 40 diurno, de los cuales se tomara una muestra del 100%, que son los que participan en el trabajo de investigación. Los factores de riesgo que influyen en los adultos mayores del centro gerontológico Quevedo, en relación con los síndromes geriátricos se pudo determinar mediante las encuestas realizadas, y la recopilación de la información por medio del instrumento de recolección de datos (escala geronto geriátrica), además de la historia clínica de los adultos mayores, estableciendo que el 1.37% sufren de deterioro social severo y se da en forma similar para aquellos adultos mayores que tienen de una a cuatro enfermedades mientras los que tienen un riesgo social va desde 9.59% hasta 5.48% dependiendo de las enfermedades que sufran.</p> <p>Abstract. The present investigation has the descriptive carate, to document, of field and it was carried out in the Gerontological center “Quevedo” located in the Parish Venus of the Canton Quevedo County of The Ríos. With a duration of 90 days. The population of the Gerontological center “Quevedo” it is of resident bigger 33 adults and 40 daily, of which he/she took a sample of 100% that you/they are those that participate in the investigation work. The factors of risk that influence in the adults bigger than the Gerontological Center Quevedo, in connection with the syndromes geriatrics you could determine by means of the realized surveys, and the summary of the information by means of the instrument of gathering of data (it climbs geronto geriátrica), besides the clinical history of the biggest adults, establishing that 1.37% suffers of severe social deterioration and it is given in similar form for those bigger adults that have from one to four illnesses while those that have a social risk go from 9.59% to 5.48% depending on the illnesses that suffer.</p>				
<b>Descripción:</b>	93 hojas : dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162				
<b>URI:</b>	(en blanco hasta cuando se dispongan los repositorios)				

## **Introducción**

El desarrollo y la vida del ser humano se despliegan a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Las etapas del desarrollo humano corresponden al ciclo de vida, comprendido desde la concepción hasta la muerte.

El apogeo del crecimiento global de la población nos indica que la mayoría de los países de la Región de las Américas atraviesa una etapa intermedia de transición demográfica, en la cual las intervenciones dirigidas a la salud siguen teniendo una gran prioridad. Sin embargo, las intervenciones destinadas a prevenir y controlar condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad avanzada están en demanda, no sólo debido a un imperativo demográfico; sino también como resultado de factores como, los avances científicos, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida, que nos ponen frente a una población que envejece con mayor rapidez, comparada con la de los países desarrollados.

Las enfermedades crónicas son comunes en los ancianos, y los trastornos multisistémicos complican sus actividades diarias. Enfermería es el profesional que pasa mayor tiempo con el paciente y debido a los cambios que produce el envejecimiento, el geronte requiere de una atención especializada por parte de enfermería y de diagnósticos de enfermería en geriatría, para tratar las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud del adulto mayor.

Los grandes síndromes geriátricos son condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales. En el marco de los Lineamientos, el Ministerio de Salud, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece los principios, bases conceptuales y objetivos, Para su desarrollo el Sistema considera cuatro componentes, entre ellos el de Garantía y Mejoramiento de la Calidad y el de Información para la Calidad. Esta investigación tiene como prioridad identificar los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes que se presentan en el adulto mayor.

Los factores de riesgos son agentes patógenos que afectan directamente a la salud de todo ser vivo, ocasionando enfermedades a quienes se encuentren con defensas bajas o simplemente que sean propensos a contagios generales. Para lo cual el adulto mayor requiere ser tratado por las alteraciones sensoriales, es esencial su enfoque ya que repercute al ámbito funcional, psicológico y social del mismo.

En la presente investigación se consideró los factores importantes que se debe tener en cuenta para la protección de los adultos mayores, en relación a los diversos riesgos que se presentan en el Centro Gerontológico.

**CAPÍTULO I.**  
**CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1. Problema de investigación.**

El abordar las inquietudes del adulto mayor es tan esencial para una buena atención de calidad, así como la competencia técnica. Para el adulto mayor, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

El Centro Gerontológico Quevedo si bien brinda una buena atención a los adultos mayores, a medida de su posibilidades, esto no impide que allá cierto grado de insatisfacciones, lo cual es una inquietud que incorpora la perspectiva de los servicios prestados, este presenta inconvenientes en su estructura física, la cual no está adecuada a las necesidades del adulto mayor, ocasionando muchas veces accidentes y caídas, que, por la condición física de los adultos mayores se agrava e incrementan los factores de riesgo.

Con respecto a la salubridad deja mucho que desear, pues se ensucian con facilidad y no existe personal suficiente para la limpieza y la vigilia del centro gerontológico.

### **1.1.1. Planteamiento del problema.**

#### **Diagnóstico**

El Centro Gerontológico Quevedo presenta inconvenientes en su estructura física, la cual no está adecuada a las necesidades del adulto mayor, ocasionando muchas veces accidentes y caídas, que, por la condición física se agrava e incrementan los factores de riesgo. Con respecto a la salubridad deja mucho que desear, pues se ensucian con facilidad y no existe personal suficiente para la limpieza y la vigilia del centro gerontológico.

#### **Pronóstico**

La satisfacción de los adultos mayores es uno de los resultados más importantes para prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

### **1.1.2. Formulación del problema.**

“Cómo identificar los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes síndromes geriátricos para el período 2014 - 2015”

### **1.1.3. Sistematización del problema.**

En base al planteamiento del problema se expresan los subproblemas derivados:

- 1) ¿Cómo identificar los factores de riesgo que influyen en los Grandes síndromes geriátricos?
- 2) ¿Cuál es el problema de mayor prevalencia del adulto mayor y su relación con los síndromes geriátricos?
- 3) ¿Es posible analizar las consecuencias que afecta la calidad de vida del Adulto Mayor?

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo General.**

Determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores del “Centro Gerontológico Quevedo. Quevedo. 2014 - 2015.

### **1.2.2. Objetivos Específicos.**

- 1) Identificar los factores de riesgo que influyen en los grandes síndromes geriátricos.
- 2) Determinar el problema de mayor prevalencia del adulto mayor y su relación con los síndromes geriátricos.
- 3) Analizar las consecuencias que afecta la calidad de vida del Adulto Mayor.

### **1.3. Justificación.**

La elección del tema “Identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del centro gerontológico Quevedo y su relación con los grandes síndromes geriátricos. 2014 - 2015”, se debe a las falencias encontradas en el Centro Gerontológico Quevedo el cual presenta inconvenientes en su estructura física, la mismas que no está adecuada a las necesidades del adulto mayor, ocasionando muchas veces accidentes y caídas, que, por la condición física de los adultos mayores se agrava. Con respecto a la salubridad de los baños deja mucho que desear, pues se ensucian con facilidad y no existe personal suficiente para la vigilia de estos lugares.

Los adultos mayores en los Centro gerontológico, por lo general, aceptan la atención sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella, cuando participan en encuestas. Por lo tanto, los prestadores de atención gerontogeriatrico no deben suponer que las atenciones prestadas son adecuadas únicamente porque los adultos mayores no se quejan.

Por lo antes mencionado, y con el propósito de analizar la situación del adulto mayor y los factores de riesgo del centro gerontológico Quevedo, establecer un diagnóstico de la situación e identificar los factores de riesgo, para así establecer un verdadero análisis de la problemática en atención básica para adulto mayor, justifico plenamente el desarrollo de la presente investigación, con el fin de proporcionar información útil que ayuden a mejorar la calidad de vida, y el nivel de satisfacción de los Adultos Mayores del centro Gerontológico “Quevedo”.

**CAPÍTULO II.**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **2.1. Marco conceptual.**

### **2.1.1. Factores de riesgos en el adulto mayor.**

Es aquel evento que incrementa la probabilidad de enfermarse cuando se expone a él. Según la OMS “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. El factor de riesgo es aquella circunstancia del medio en que se desenvuelve la persona que aumenta la probabilidad de contraer un problema de salud o enfermedad (**Fernández, 2011**).

#### **2.1.1.1. Factor de riesgo físico.**

Es todo aquellos agentes patógenos que afectan la salud de todo ser vivo, causando enfermedades. Se acepta en general que los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano. El descenso en la agudeza del gusto, el olfato, la visión y el oído puede interferir con el acto de la deglución y el disfrute de los alimentos (**Fernández, 2011**).

#### **2.1.1.2. Riesgo psicológico.**

En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa (**Fernández, 2011**).

#### **2.1.1.3. Riesgos sociales.**

Apunta que todo hombre, por naturaleza, es un ser social y que su psicología debe entenderse siempre. Es por ello que se deben analizar cómo asume la sociedad la vejez y cómo viven la vejez los propios ancianos (**Fernández, 2011**).

### **2.1.2. Adulto Mayor.**

Se denomina persona mayor a quien haya llegado a la edad de 60 años en adelante, es en esta edad que muchos de los adultos mayores dejan de trabajar, se jubilan y se dedican a estar en su hogar descansando (Cevallos, 2013).

De acuerdo al artículo 36 de la Constitución Política del Ecuador 2008. Reciben el término Adulto Mayor aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad. Por lo general, son considera pertenecientes a la tercera edad, o ancianos, sólo por haber alcanzado este rango de edad, ya que es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento de los seres humanos (Constitución del Ecuador, 2009).

### **2.1.3. Centro Gerontológico.**

Un Centro gerontológico, es una institución que atiende y resuelve las necesidades crecientes de la población adulta mayor en aspectos como desarrollo social, educación, formación, y servicios integrales. Es un centro de cuidado diario y se ofrece como un servicio comunitario pensado para los adultos/as mayores, donde encuentren un espacio adecuado para realizar actividades culturales, recreativas y de participación social (Cuatin, 2012).

### **2.1.4. Síndrome Geriátricos.**

Condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades (Bailón, 2013).

### **2.1.5. Riesgo Social**

Con respecto al riesgo se interactúan en inminencia, la cercanía o con proximidad de un daño que se encuentra con potencia. La expresión se encuentra enlazada con la probabilidad de que se establezca un daño. En lo social, es lo relacionado a la sociedad (González, 2011).

## **2.1.6. Deprivación Sensorial**

Son alteraciones en base a las sensaciones que posee una persona mayor, son importantes por su permanencia y sus continuidades en los aspectos funcionales, en psicología y con la sociedad esto conllevan al paciente decaerse más con los síntomas que adquiere (**García, 2010**).

### **2.1.6.1. Enfermedades en el anciano**

**Prevalencia.-** Se relaciona con la ceguera, de acuerdo a las funcionalidades de las mediciones. Los individuos que tienen de 65 a 75 años de edad poseen un porcentaje de 4 a 5% con dificultades de las vistas (**García, 2010**).

**Ocular.-** Al inicio de los años 65 existe una reducción permanente en la agudeza visual, lo sensible en el contraste, la tolerancia en deslumbrados y campos visuales van evolucionado según el pasar de la edad (**García, 2010**).

## **2.1.7. Gerontología.**

La gerontología en la actualidad es una especialidad pluridisciplinar. Interesa al médico, al sociólogo, al antropólogo, al psicólogo, al educador e incluso al economista, al abogado y al arquitecto. En nuestros días, los especialistas en la vejez suelen llamarse gerontólogos o geriatras, siendo la Gerontología y la Geriatria dos aspectos que se confunden, afirma, pero que en cierto modo han tenido una trayectoria histórica no idéntica (**Rodríguez, 2010**).

En cualquier caso, la orientación teórica contemporánea de la Gerontología no se restringe de ningún modo al conocimiento de la vejez como estado vital, sino que se extiende al fenómeno y proceso del envejecimiento, desde aspectos y considerandos pluridisciplinarios, pese a que siguen existiendo tendencias perfectamente influenciadas por orientaciones médico – geriátricas, psicológicas o sociológicas (**Rodríguez, 2010**).

### **2.1.7.1. Bases Gerontológicas.**

La gerontología se considera como las ciencias que se dedica al estudio del proceso del envejecimiento con participación de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales. Se

debe tomar en cuenta que para el estudio del proceso del envejecimiento se necesita de un equipo interdisciplinario que debe combinar la experiencia y los recursos necesarios para ampliar los conocimientos y las investigaciones que permitan conocer todos los aspectos del envejecimiento(Montalvo, 2011).

La teoría más relevante en este estudio se considera que es la gerontología geriátrica la cual se ocupa del estudio de la ancianidad tomando en cuenta la fisiología, la patología, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que suelen presentarse en la mayoría de los ancianos, además dentro de esta especialidad se incluye el estudio la rehabilitación de estas enfermedades tanto en el ambiente hospitalario como en el familiar (Montalvo, 2011).

#### **2.1.7.2. Centro gerontológico.**

Institución que atiende y resuelve las necesidades crecientes de la población adulta mayor en aspectos como desarrollo social, educación, formación, y servicios integrales (Cuatin, 2012).

##### **2.1.7.2.1. Tipos de Centros Gerontológicos.**

###### **Centro del día para el adulto mayor**

Un Centro de Día para Adultos Mayores es un programa de actividades profesionalmente planeado y diseñado para promover el bienestar por medio de servicios sociales y de salud. Este funciona durante las horas del día, de lunes a viernes, en un ambiente seguro, alegre y agradable e incluye una alimentación nutritiva que se acomoda a dietas especiales, juntamente con los refrigerios (Cuatin, 2012).

###### **Centro hospitalario**

Es un Centro Hospitalario que ofrece internación de personas adultas mayores ya sea con alta dependencia, auto válidas, lúcidas o con patologías psiquiátricas (Cuatin, 2012).

###### **Centro residencial**

Centro destinado a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, donde se ofrezcan servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas y cuidado integral a la persona mayor (Cuatin, 2012).

### **2.1.8. Adulto Mayor.**

Se denomina persona mayor a quien haya llegado a la edad de 60 años en adelante, es en esta edad que muchos de los adultos mayores dejan de trabajar, se jubilan y se dedican a estar en su hogar descansando (**Cevallos, 2013**).

La sociedad describe al adulto mayor de acuerdo a su criterio; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; por otro lado puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc. Se debe liberar al adulto mayor de aquella imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a fortalecer su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser ente activo dentro de la sociedad (**Cevallos, 2013**).

En nuestro país la persona mayor de 65 años, es considerada como adulto mayor. Tomando en consideración la definición anterior, los adultos mayores son subdivididos en las siguientes categorías:

- Tercera edad: 60 – 74 años
- Cuarta edad: 75 – 89 años
- Longevos: 90 – 99 años
- Centenarios: Más de 100 años.

De acuerdo al artículo 36 de la Constitución Política del Ecuador 2008. Reciben el término Adulto Mayor aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad. Por lo general, son considera pertenecientes a la tercera edad, o ancianos, sólo por haber alcanzado este rango de edad, ya que es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento de los seres humanos. Sin embargo este proceso está influenciado por el estilo de vida de los seres humanos en el presente y pasado, ya que esto se manifiesta de diferentes formas en las personas adultas mayor (**Cuatin, 2012**).

Se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, el Gobierno y los

Municipios se han ocupado de crear políticas y Centros Gerontológicos especializados que se preocupen en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad (Cuatin, 2012).

#### **2.1.8.1. Características generales del adulto mayor.**

Las personas adultas tienen las siguientes características que se detallan a continuación:

- ✓ Los principales esfuerzos del adulto llegan a su plenitud
- ✓ En esta etapa concluye el ciclo vital
- ✓ Puede aparecer el temor a la soledad
- ✓ El sentimiento de angustia aparece en la persona que al mirar hacia atrás ve su vida como una serie de oportunidades fallidas
- ✓ Se da cuenta que es tarde para volver a empezar
- ✓ En estas personas aparece el sentimiento de desesperación acerca de aquello que pudo ser y no fue
- ✓ Se desarrolla la sabiduría, dicha cualidad le permite:
  - Transmitir a las nuevas generaciones la integridad de la experiencia
  - Se desarrolla una actitud despegada a la vida frente a la muerte
  - Las personas más importantes son los nietos (Cuatin, 2012).

#### **2.1.8.2. Situación de los adultos mayores en el Ecuador.**

En años pasados, la proporción de personas de avanzada edad en Ecuador era relativamente baja, lo que reflejaba la corta esperanza de vida de la población. Esta realidad ha ido cambiando como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad. Hoy, una creciente parte de la población alcanza edades avanzadas.

Junto a la caída de fecundidad, se ha reducido la proporción de niños, niñas y jóvenes y, por tanto, el envejecimiento de la población se ha generalizado (Andrade, 2011).

Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica. Con una tasa de fecundidad del 2,6 por ciento, una esperanza de vida de 75 años y una proporción de 5,7 por ciento de personas adultas mayores, se espera que para el año 2050 la población mayor a 60 años llegue a más de tres millones de personas.

Según la encuesta nacional de salud y envejecimiento SABE, la población de personas adultas mayores (60 años de edad en adelante) en Ecuador fue de 1'156.117 en el año 2009 **(Andrade, 2011)**.

### **2.1.9. El envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso mediante el cual se dan cambios en las personas como: Los fisiológicos que son el reflejo de la experiencia física, intelectual y de desarrollo que el adulto vive de forma global hasta el momento de la muerte, ya que hay que considerar que el envejecimiento se da con rapidez dependiendo del individuo.

Basadas en todas las teorías anteriormente mencionadas se puede llegar a definir al envejecimiento como un proceso normal de cambios los cuales van de la mano y se encuentran relacionados con el tiempo, la cual se inicia al momento del nacimiento y la cual va a continuar a lo largo de la vida considerando que la ancianidad es la fase final de todo este proceso por el cual todas las personas debemos atravesar **(Montalvo, 2011)**.

Además el envejecimiento incluye cambios en la configuración general entre las cuales se puede destacar las arrugas, canas, postura encorvada, inclusive se toma en cuenta las pérdidas sensoriales y disminución de las funciones vitales, produciéndose así un aumento de la susceptibilidad a muchas enfermedades **(Montalvo, 2011)**.

La vejez es el crisol de la virtud, la sabiduría de la vida, la fuente de la experiencia y el testimonio vivo de valores y virtudes vividas en plenitud. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social **(Vallejo, 2011)**.

### **2.1.9.1. Causas y consecuencias del envejecimiento.**

De acuerdo a varias investigaciones se ha llegado a determinar que son varias las causas que intervienen en el envejecimiento en las personas, como las que se detallan a continuación:

- ✓ Mejora de la ciencia medica
- ✓ Mejora de la calidad de vida
- ✓ Aumento del nivel de renta
- ✓ Disminución de la natalidad
- ✓ Disminución de la mortalidad
- ✓ Disminución de la migración de jóvenes
- ✓ Aumento de la esperanza de vida.

Cada uno de los factores antes mencionados favorece al envejecimiento de toda la población, ya que se debe tener en cuenta que el envejecimiento ha caído por la tasa de natalidad que por la disminución de la mortalidad (**Cuatin, 2012**).

Las consecuencias del envejecimiento de la población son múltiples y se detallan a continuación:

- ✓ Una producción elevada de anciano sin hijos
- ✓ En zonas rurales y urbanas, van apareciendo sectores o barriadas de personas de edad
- ✓ Déficit de las estructuras socioeconómicas
- ✓ Transformaciones del rol social de valores y sistemas
- ✓ Aumento de la demanda de forma de vida dependiente
- ✓ Aumento de la demanda de servicios sanitarios(**Cuatin, 2012**).

### **2.1.9.2. Efectos del envejecimiento.**

El adulto mayor en la etapa del envejecimiento presenta algunos de los efectos que se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1. Efectos del envejecimiento**

<b>Sistema u órgano</b>	<b>Efectos naturales del envejecimiento</b>	<b>Factores aceleradores</b>
Piel	Pierde espesor y elasticidad (aparición de arruga)	Proceso acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol
Cerebro / Sistema nervioso	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, y por repetidos golpes en la cabeza
Sentidos	Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosa	Proceso acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos
Pulmones	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad	Proceso acelerado por el tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio
Corazón	Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio físico	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y tabaco y por malos hábitos alimenticio
Circulación	Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecer las arterias	Proceso acelerado por lesiones y obesidad
Articulaciones	Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constante	Proceso acelerado por lesiones y obesidad
Músculos	Pierden masa y fortaleza	Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición

**Fuente:** (Cuatin, 2012).

### **2.1.10. Valoración geriátrica integral.**

La Evaluación Geriátrica Integral es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía (Ministerio de Salud Pública, 2008).

### **2.1.10.1. Valoración nutricional.**

Es básico conocer el estado nutricional de las personas mayores, los aspectos dietéticos, socio – económicos, funcionales, mentales, psicológicas y fisiológicas; ya que juega un papel importante durante el ciclo de vida. La valoración clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. De esta forma una evaluación del estado nutricional completa debe incluir(**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

- ✓ Antropometría.
- ✓ Parámetros hematológicos.
- ✓ Parámetros bioquímicos.

### **2.1.10.2. Índice de masa corporal.**

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal IMC (peso en kg / talla<sup>2</sup> en m<sup>2</sup>). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional (**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

### **2.1.11. Grandes síndromes geriátricos.**

La presencia de síndromes geriátricos en el adulto mayor tienen un efecto importante sobre su calidad de vida al provocar la aparición de deterioro funcional, dependencia, discapacidad; situaciones que nos solo afectan al paciente geriátrico, también producen impacto en sus familiares y cuidadores. A los síndromes geriátricos, se los definir como: “las condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades”(**Hernández, 2014**).

A continuación se describirán los síndromes geriátricos más importantes que se valoran dentro de la VGI.

### **2.1.11.1. Caídas.**

Evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, que pueden provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves hasta muy severas. Las caídas se constituyen en un marcador de fragilidad(**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

#### **Identificación de los factores de riesgo**

Esto supone interrogar al adulto mayor para evaluar sus factores de riesgo para sufrir caídas. Además Implica revisar la comorbilidad aguda y crónica y los medicamentos que consume(**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

#### **Factores intrínsecos:**

- ✓ Antecedentes patológicos personales: Patologías agudas y crónicas: HTA, cardiopatías, diabetes, ACV, trastornos osteomusculares
- ✓ Número y tipo de fármacos.
- ✓ Estado nutricional.

#### **Factores extrínsecos:**

- ✓ En la vivienda.- Suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles.
- ✓ Iluminación.- Luces muy brillante, luces insuficientes.
- ✓ Escaleras.- Iluminación inadecuada, ausencia de pasamanos, peldaños altos.
- ✓ Cocina.- Muebles situados a una altura incorrecta, suelos resbaladizos.
- ✓ Cuarto de baño.- Lavabos y retretes muy próximos o demasiado bajos, ausencia de barras en duchas y aseos. Falta de alfombrillas antideslizantes en la bañera.
- ✓ Dormitorio.- Camas altas y estrechas, cables sueltos, objetos en el suelo.
- ✓ En el exterior y en la calle.- Aceras estrechas, con desniveles.
- ✓ Situaciones sociales y económicas.- Abandono, desprotección social (**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

## **Consecuencias de las caídas en los ancianos**

**Consecuencias físicas:** Las más graves son las fracturas, entre ellas la fractura coxofemoral, esta con una tasa de mortalidad de entre el 12 y el 20%. El 60% presenta reducción de la movilidad y el 25% aumenta su dependencia funcional previa al accidente. Otros aspectos físicos incluyen el riesgo de sufrir complicaciones por la inmovilidad **(Fernández, 2011)**.

**Consecuencias psicológicas:** después de una caída se producen cambios en el paciente y su familia, por una parte hay reducción de movilidad y aumento de la dependencia para las actividades cotidianas, al principio secundario al dolor y más tarde por temor a caer. La familia en general sobreprotege después de una primera caída, aumentando la inmovilidad y dependencia del paciente **(Fernández, 2011)**.

**Consecuencias funcionales:** se traduce en la incapacidad para la movilización a causa del daño físico o por el miedo a volver a caer, la mitad de los que sufren una caída no recuperan el nivel funcional previo al accidente **(Fernández, 2011)**.

## **Valoración**

Para valorar este síndrome se utiliza la escala de Tinetti, esta consta de 22 ítems, dividida en dos sub escalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha. Además se puede utilizar la escala de Downton con el fin de evaluar el riesgo de caídas **(Hernández, 2014)**.

### **2.1.11.2. Dismovilidad e Inmovilidad.**

**Dismovilidad.** Trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad **(Ministerio de Salud Pública, 2008)**.

**Inmovilidad.** Descenso para desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva, y, en casos severos, pérdida de los automatismos y reflejos

posturales necesarios para la deambulaci3n". La inmovilidad es la disminuci3n de la capacidad de desplazamiento para realizar actividades sean estos por problemas f3sicos, funcionales u otros (**Salinas, 2008**).

### **Causas de inmovilidad**

- ✓ Las enfermedades agudas y cr3nica en general.
- ✓ Los d3ficits sensoriales.
- ✓ Antecedentes de ca3das.
- ✓ Iatrogenia farmacol3gica.
- ✓ Las barreras arquitect3nicas.
- ✓ Conflictiva situaci3n social (**Salinas, 2008**).

### **Consecuencias de la inmovilidad**

- ✓ Sociales: p3rdida de trabajo, de actividades de esparcimiento, de relaciones interpersonales, de la capacidad de cuidar a otros y a s3 mismo.
- ✓ Psicol3gicas: depresi3n, temor a ca3das, p3rdida de control e incapacidad aprendida.
- ✓ F3sicas: puede llevar a ca3das, incontinencia o retenci3n, p3rdida de fuerza y capacidad aer3bica, alteraciones metab3licas (disminuci3n de la glucosa), 3lceras por dec3bito, contracturas (**Salinas, 2008**).

### **Valoraci3n funcional**

La valoraci3n funcional de la persona mayor es el proceso diagn3stico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas funcionales con la intenci3n de elaborar un plan de promoci3n, prevenci3n, atenci3n y/o rehabilitaci3n, seg3n corresponda (**Ministerio de Salud P3blica, 2008**).

La valoraci3n funcional constituye uno de los pilares m3s importantes para la valorar a la persona mayor en un envejecimiento activo. La valoraci3n de la funci3n adquiere una dimensi3n muy especial en la evaluaci3n de la persona adulta mayor; su deterioro puede ser indicador precoz de las enfermedades aun antes de la aparici3n de los s3ntomas cl3nico(**Ram3rez, 2010**).

## **Índice de Barthel y la Escala de Katz**

El índice de Barthel valora la capacidad de una persona, en este caso del anciano, para realizar de forma independiente o dependiente las actividades básicas de la vida diaria. Al igual que el índice de Barthel, la escala de Katz evalúa aspectos de las ABVD. Esta escala evalúa las actividades que están en orden jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico **(Hernández, 2014)**.

### **2.1.11.3. Demencias-enfermedad de Alzheimer.**

Es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. Por lo general, la Enfermedad de Alzheimer comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas **(Bailón, 2013)**.

### **Valoración psíquica**

La valoración psíquica del adulto mayor es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas, mentales, del adulto mayor, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía **(Ministerio de Salud Pública, 2008)**.

Dentro de la valoración mental o psíquica considera 3 aspectos:

1. Valoración cognitiva
2. Valoración afectiva
3. Valoración conductual

#### **2.1.11.4. Deterioro cognitivo.**

Pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.” El deterioro cognitivo es la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad (**Bailón, 2013**).

**Consecuencias del deterioro cognitivo.-** En los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos socio sanitarios e institucionalización(**Bailón, 2013**).

#### **Causas de deterioro cognitivo**

- ✓ Enfermedades psiquiátricas (ansiedad, depresión, psicosis)
- ✓ Enfermedades neurológicas (cerebrovascular, degenerativa, etc.)
- ✓ Fármacos
- ✓ Abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.)
- ✓ Traumatismo craneoencefálico
- ✓ Infecciones
- ✓ Anoxia(**Bailón, 2013**).

#### **2.1.11.5. Delirio o síndrome confusional.**

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante y reversible (**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

## **Valoración cognitiva**

El deterioro cognitivo “es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.” El deterioro cognitivo es la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad(**Bailón, 2013**).

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Estas funciones se ven afectadas en el anciano por cambios que son parte del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve hasta la demencia; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida del adulto mayor, así como la de sus familiares. El deterioro cognitivo es un síndrome caracterizado por la pérdida de funciones mentales tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad(**Hernández, 2014**).

## **Instrumento de valoración**

El instrumento utilizado para valorar el estado mental del adulto mayor es el Mini Examen del Estado Mental Modificado (MMSE), que evalúan algunas áreas del funcionamiento cognitivo, tales como: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen(**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

### **2.1.11.6. Depresión.**

Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotricidad de las personas, puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo (**Hernández, 2014**).

## **Valoración afectiva**

La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores, esta enfermedad debe ser tratada y no considera como normal o inevitable en el envejecimiento. Los factores de riesgo que producen depresión son: enfermedades crónicas, viudez, escolaridad y el grado de dismovilidad(**Hernández, 2014**).

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica. Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa(**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

## **Valoración conductual**

Dentro de la valoración conductual se evalúa la presencia de demencia en el adulto mayor, considerado como un síndrome geriátrico (**Hernández, 2014**).

## **Valoración social**

La valoración social geriátrica se ocupa de la relación que existe entre la persona mayor y su entorno (medio social en que se desenvuelve), estableciendo la vía para que los sistemas de apoyo social se utilicen de forma adecuada (**Hernández, 2014**).

### **2.1.11.7. Alteraciones visuales y auditivas.**

Es propio la aparición de patologías en estos sistemas lo que provoca la disminución de la capacidad de orientación con respecto al ambiente(**Fernández, 2011**).

### **2.1.11.8. Incontinencia urinaria.**

La incontinencia urinaria es “La emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable y que origina un problema social”. La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina que perturba la personalidad y autoestima del adulto mayor repercutiendo en la salud(**Bailón, 2013**).

#### **Repercusiones de la incontinencia urinaria**

- Sobre la salud física
- ✓ Infecciones urinarias
- ✓ Molestias cutáneas
- Sobre el bienestar psicológico
- ✓ Vergüenza
- ✓ Aislamiento
- ✓ Depresión
- Consecuencias sociales
- ✓ Estrés en la familia, los amigos y los cuidadores.
- ✓ Abandono de las actividades domésticas y sociales(**Bailón, 2013**).

La incontinencia urinaria también genera morbilidad psicológica. En muchos de los casos, ocasiona sentimientos que indican estrés mental y baja autoestima, como vergüenza, preocupación, angustia, apuro, miedo a oler mal, desesperanza, sentirse nada o poco atractivo y ansiedad ante el problema. La incontinencia urinaria deteriora de forma significativa la calidad de vida de la persona que la padece y de su familia y provoca en los cuidadores una importante carga física. Por ello es fundamental la detección precoz de este problema, que tiene impacto psicológico y social(**Bailón, 2013**).

#### **Valoración**

Para evaluar la presencia de incontinencia urinaria se realizan las siguientes preguntas al adulto mayor: ¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? De ser así, se debe preguntar: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes? (**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

### **2.1.11.9. Úlceras por presión.**

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, se presentan por inmovilidad y su manejo adecuado representa un índice de calidad asistencial (**Ministerio de Salud Pública, 2008**).

#### **Valoración**

Se valora el riesgo de úlceras por presión a través de la escala de Norton. Y si existen la presencia de UPP hay que anotar: la localización, el número de lesiones y el grado en el que se encuentra la lesión (**Hernández, 2014**).

### **2.1.11.10. Trastornos del sueño.**

Los trastornos del sueño presentan una alta prevalencia en la edad geriátrica. Se estima que más de la mitad de las personas mayores que viven en su domicilio y hasta dos tercios de las que padecen enfermedades crónicas están afectadas por trastornos del sueño. En el adulto mayor se considera como sueño normal cuando el tiempo de latencia de sueño es alrededor de 30 minutos, el tiempo total del sueño nocturno es en promedio 6 horas, el sueño es reparador y no presenta somnolencia en el día (**Hernández, 2014**).

#### **Valoración**

Para evaluar la presencia de trastornos del sueño en el adulto mayor es necesario elaborar 3 preguntas: Una respuesta afirmativa al menos a una de estas preguntas sugiere la presencia de trastorno del sueño y la intervención de un especialista (**Hernández, 2014**).

- ✓ ¿Para conciliar el sueño tarda más de 30 min?
- ✓ ¿Por la noche duerme menos de 6 horas?
- ✓ ¿Al levantarse por la mañana se siente cansado?

## **2.1.12. Proceso de atención de enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (**Hernández M. , 2013**).

### **2.1.12.1. Fases del proceso de enfermería.**

- 1) Valoración: Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- 2) Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3) Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- 4) Ejecución del cuidado: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- 5) Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (**Hernández M. , 2013**).

### **2.1.12.2. Etiqueta diagnóstica de enfermería principales en los adultos mayores.**

- ✓ Deterioro de la movilidad física
- ✓ Deterioro de la memoria
- ✓ Deterioro de la interacción social
- ✓ Déficit de actividades recreativas
- ✓ Insomnio
- ✓ Riesgo de confusión aguda
- ✓ Riesgo de caídas
- ✓ Riesgo de soledad
- ✓ Riesgo de estreñimiento
- ✓ Riesgo de glucemia inestable
- ✓ Deterioro de la eliminación urinaria
- ✓ Ansiedad ante la muerte (**Hernández M. , 2013**).

## **2.2. Marco Referencial.**

En relación al tema de estudio es significativo considerar que anteriormente se han realizado investigaciones, en las cuales se destaca los siguientes:

### **2.2.1. Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la parroquia de Conocoto y sus efectos en la calidad de vida.**

Se trata de un estudio cualitativo-cuantitativo, bibliográfico, documental, y de campo que se realizó en la parroquia de Conocoto, Quito y cuyo objetivo fue analizar la realidad del adulto mayor y la exclusión en programas sociales y su calidad de vida en la Parroquia de Conocoto.

Este estudio fue desarrollado en los Barrios de Chachas y San Lorenzo de la Parroquia de Conocoto. El estudio permitió visualizar la realidad sobre la exclusión del adulto mayor en programas sociales para mejorar su calidad de vida y los múltiples problemas de mayor impacto; Se pudo evidenciar que los adultos mayores en un 57% no tienen conocimiento de que existen programas sociales que brindan ayuda y mejoran su calidad de vida, Mientras que el 43% saben de los programas sociales.

Se pudo identificar que el 82% de la población adulta mayor cree que su calidad de vida mejora con la integración en los programas sociales, pero por otra parte está el 15% que no cree necesario el pertenecer a un programa social, y por otra parte tenemos que un 3% duda del mejoramiento de su estilo de vida al intervenir en los programas en beneficio de la tercera edad. También se pudo constatar que el 56%, de los adultos mayores sabe poco de cuáles son sus derechos, el 15% si saben cuáles son sus derechos y por último un 29% no tienen ningún conocimiento de sus derechos, por la falta de información (Cevallos, 2013).

### **2.2.2. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos.**

Se refiere de un estudio cualitativo, documental, y de campo que se realizó en el Centro de Salud del Adulto Mayor de la Península de Santa Elena, La Libertad y cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores del “Centro de Atención Integral del Adulto Mayor” de Santa Elena durante el periodo 2012-2013.

El estudio permitió evidenciar que el 70% tienen episodios de pérdida de la memoria, mientras que el 30% de los adultos mayores no sufren pérdida de la memoria; Se puede observar que el 36% los adultos mayores padecen de alteraciones cognitivas e insomnio, mientras que el 64% no sufre de insomnio, y solo se evidencia un menor porcentaje en relación a los que no padecen esta alteración cognitiva.

También se observó que los adultos mayores realizan actividades físicas, el 34% realizan aeróbicos, 33% realizan Bailoterapia, y el 3% no realizan ninguna actividad física, En tanto al uso de dispositivo de apoyo el 77% de Adultos Mayores, no utilizan ningún método de apoyo ya que ellos pueden movilizarse sin ningún problema, el 13%, utilizan muletas, el 8%, utilizan bastones y el 2% utilizan andadores (Bailón, 2013).

### **2.2.3. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor Hospitalizado**

Consta de un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, con enfoque cuantitativo en el que se aplicó la valoración geriátrica integral, se realizó en el hospital de atención integral del Adulto mayor, Quito y cuyo objetivo fue determinar el estado de salud de los adultos mayores que ingresaban al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, a través de la Valoración Geriátrica Integral.

El estudio permitió evidenciar a través de la Valoración Geriátrica integral una visión completa del estado del adulto mayor, detectando los principales síndromes geriátricos, su estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y social: Se pudo determinar que los

síndromes geriátricos más frecuentes fueron: deprivación sensorial (visual: 70,45% y auditiva: 59%), trastornos del sueño (59%), incontinencia urinaria (57%), caídas (55%).

El 52% presentaron depresión (moderada: 34,09%; severa: 18,18%). Siendo más frecuente en las mujeres, pero con la edad las diferencias de sexo en la depresión tienden a reducirse. Al igual que la depresión, se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo del 52%, porcentaje mayor en las mujeres y conforme la edad avanza. El 25% de adultos mayores presentaron bajo peso, mientras que el 9,09% obesidad, siendo la malnutrición mayor en las mujeres en relación a los hombres.

Se encontró que el 56,82% presentan riesgo de desnutrición. Respecto a la funcionalidad en las ABVD el 36% de adultos mayores prestaron dependencia leve y el 21% dependencia grave, las actividades de movilidad fueron las más afectadas. En las AIVD el 55% necesita mucha ayuda para realizarlas y tan solo el 2% son independientes. El porcentaje de dependencia aumenta con la edad, en rangos de edad avanza la dependencia es mayor en las mujeres. El 25% de adultos mayores presentaron riesgo social (**Hernández, 2014**).

#### **2.2.4. Percepción de los Adultos Mayores sobre la atención recibida en los Centros del Adulto Mayor.**

Corresponde a un estudio descriptivo analítico, Prospectivo que se realizó en el Asilo León Rúaless de la Ciudad de Ibarra y en el Asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la Ciudad de Cotacachi, Ibarra - Imbabura y cuyo objetivo fue Identificar la percepción del adulto mayor con relación a su estancia en el asilo y determinar la calidad de atención que están recibiendo y lograr una plena satisfacción de todas sus necesidades.

El estudio permitió evidenciar la atención recibida dentro de un asilo varía dependiendo de su tipo pues los adultos mayores que se encuentra internados en el asilo. León Rúaless de la ciudad de Ibarra que es un asilo público considera que la atención en general es buena pero podría mejorar, en cuanto al trato que les da el personal que aquí labora, además que deberían implementar actividades que les ayuden a mantener su calidad de vida.

En este asilo existen tanto mujeres como hombres distribuidos en diferentes secciones, pero al no existir un presupuesto suficiente los adultos mayores de esta institución no pueden contar con varias ventajas como sería tener un médico que siempre este a su disposición.

En el Asilo Carmen Ruíz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi que es un asilo privado las adultas mayores que se encuentran dentro de esta institución han considerado que la atención que reciben es muy buena pues les toman en cuenta en cada una de las decisiones en cuanto a su cuidado, además que toman tiempo para poder compartir con ellas y determinar sus sentimientos; En este asilo solo aceptan a mujeres además que al ser una institución particular cuentan con grandes beneficios como es contar con un médico diariamente y cuando se lo necesite fisioterapeuta y cuidadores directos que siempre están interactuando con ellas (**Montalvo, 2011**).

En conclusión de las investigaciones efectuadas de los diversos autores se pudo diagnosticar que el adulto mayor sufre de exclusiones en los distintos programas sociales; el cual afecta a la gran mayoría por no pertenecer al mismo círculo social, estando al margen de los derechos que les corresponden por ser persona de tercera edad. De igual forma los adultos mayores padecen de varios riesgos en la salud, por las múltiples enfermedades presentadas en la actualidad; asimismo, los síndromes geriátricos van acorde al estado funcional, cognitivo, el afecto, los alimentos que consume y la sociedad en general. Se pudo observar que la atención que ellos reciben en los asilos es de acuerdo a la enfermedad o al estado de salud que padecen.

## **2.3. Marco legal**

### **2.3.1. Constitución de la República**

Según el Art. 37 de la Constitución de la Republica, manifiesta que el Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento (**Constitución del Ecuador, 2009**)

### **2.3.2. Plan del Buen vivir**

El Buen Vivir se planifica, no se improvisa. El Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito (**Plan Nacional del Buen Vivir, 2013**)

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales (**Plan Nacional del Buen Vivir, 2013**)

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo (**Plan Nacional del Buen Vivir, 2013**)

**CAPÍTULO III.**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Localización.**

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Gerontológico “Quevedo” ubicado en la Parroquia Venus del Cantón Quevedo Provincia de Los Ríos. Con una duración de 90 días.

### **3.2. Tipos de Investigación.**

#### **3.2.1. Investigación documental.**

Tuvo el carácter documental, ya que se partió desde el sustento de otras fuentes impresas al realizar la revisión bibliográfica para la documentación del marco teórico, al mismo tiempo, nuestro estudio fue descriptivo ya que permitió describir los aspectos del objeto de estudio.

#### **3.2.2. Investigación de campo.**

Esta investigación es de campo porque permitió obtener los datos de manera directa.

### **3.3. Métodos de investigación.**

#### **3.3.1. Inductivo-Deductivo.**

Este método se aplicó mediante encuestas y entrevistas a las personas encargadas de la investigación.

#### **3.3.2. Lógico histórico.**

Se realizó la revisión de todos los archivos necesario para verificar los riesgos que pueden ocasionar dentro del Centro Gerontológico.

### **3.3.3. Analítico-Sintético.**

Una vez obtenido los resultados se realizó el análisis respectivo con el fin de redactar los resultados de las encuestas planteadas.

### **3.3.4. Sistemático.**

Una vez obtenida toda la investigación se procedió a realizar mediante fases con el fin de obtener buenos resultados para la investigación.

## **3.4. Fuentes de recopilación de información.**

### **3.4.1. Fuentes primarias.**

Son los datos obtenidos directamente de la fuente en este caso los adultos mayores.

### **3.4.2. Fuentes secundarias.**

Se recurrió a las fuentes de consulta como libros, páginas de internet, artículos científicos relacionados con el tema de investigación, todo esto sirvió como soporte para la elaboración del marco conceptual y legal.

## **3.5. Metodología utilizada en la investigación**

La investigación se basó en la metodología cuali-cuantitativa con la determinación de características básicas, así como afectaciones o dolencias que poseen los adultos mayores. Se realizó los siguientes procedimientos:

**Consideración del problema.** Para esta investigación se consideró de importancia visitar el Centro Gerontológico Quevedo, y mediante la técnica de la observación directa se verificó como se encuentra la infraestructura el espacio físico extiende del Centro

Gerontológico si esta estaba acorde a los requerimientos de los adultos mayores y cuál era la situación física, social y biológica de los adultos mayores.

**Acercamiento.** Mediante una solicitud dirigida a la Ing. Katina Córdor Velásquez Coordinadora del Centro Gerontológico de Quevedo, se solicitó el consentimiento informado para la explicación del estudio y la solicitud de autorización para la recolección de datos, la utilización de la infraestructura física y base de datos de los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo.

**Elaborar y presentar del anteproyecto.** Luego de la visita se procedió a elaborar y presentar el anteproyecto con la finalidad de realizar la investigación. Se procedió a elaborar un cronograma de actividades el mismo que se cumplió de manera sistemática y cronológica. Una vez elaboradas las preguntas se realizó la visita para hacer las encuestas a los adultos ingresados y la entrevista a la Coordinadora del Centro Gerontológico Quevedo Ing. Katina Córdor Velásquez y al personal que trabaja ahí.

**Recolección de datos.** Los datos se recolectaron en el Centro Gerontológico de Quevedo, de los adultos mayores residentes (33) y diurno (40), de los cuales se tomó una muestra del 100%, que son los que participaron en el trabajo de investigación. Para la obtención de los datos se realizó una encuesta a los adultos mayores y se aplicó la valoración geriátrica integral, a través de la entrevista. A partir del instrumento abreviado de las Escalas Geriátricas del Ministerio de Salud Pública (MSP); las Guías clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor (MSP, 2008). Y cuando el contenido a evaluarse no fue entendido por el adulto mayor, los datos se recolectaron con la ayuda del personal del Centro Gerontológico Quevedo. También se revisaron los registros y las historias clínicas de los adultos mayores.

Finalmente se agrupó los datos obtenidos mediante gráficos de barra y cuadros que permitieron una mayor explicación de los resultados.

## **3.6. Instrumentos de investigación.**

### **3.6.1. Observación directa.**

Mediante esta técnica se verificó como se encuentra la situación actual del Centro Gerontológico mediante una forma directa.

### **3.6.2. Entrevista.**

Para la obtención de los datos se aplicó la valoración geriátrica integral, a través de la entrevista. A partir del instrumento abreviado de las Escalas Geriátricas del Ministerio de Salud Pública (MSP); las Guías clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor (MSP, 2008). Se elaboró un instrumento que responde a las necesidades de esta investigación, considerando las variables en estudio: (Ver Anexo).

Se le efectuó entrevista a la Directora del Centro Gerontológico de la Ciudad Quevedo.

### **3.6.3. Encuestas.**

Las debidas encuestas se las realizó a las personas externas del Centro Gerontológico de la Ciudad Quevedo.

### **3.6.4. Población.**

La población del centro Gerontológico “Quevedo” fue de 33 adultos mayores residentes y 40diurnos, de los cuales se tomó una muestra del 100%.

Para obtener la muestra poblacional se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot (N)}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

n = Muestra (?)

Z<sup>2</sup>= Confiabilidad (95%)

P = Probabilidad de que ocurra (50%)

Q = Probabilidad de que no ocurra (50%)

N = Población (73 adultos mayores 33 residentes y 40 diurno)

e<sup>2</sup> = Error de la muestra (5%).

**3.7. Tratamiento de los datos.**

Las encuestas realizadas fueron tabuladas en Excel en cuadro de doble entrada, posteriormente los datos se presentaron de manera escrita, con el respectivo análisis de los resultados obtenidos, acerca de la población estudiada, como es la población de adultos mayores del centro gerontológico Quevedo.

**3.8. Recursos humanos y materiales.****3.8.1. Recursos humanos.**

Se realizó en conjunto la investigación el taxista, directora de investigación y los adultos mayores objeto de estudio.

**3.8.2. Materiales.**

Se utilizaron los siguientes materiales:

**Cuadro 2.** Materiales en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Útiles de oficina</b>	
Bolígrafo	1
Hojas A4 (resmas)	3
Cd	4
Libreta de apuntes	1
Pendrive	1
Cartuchos de tinta b/n	2
Cartuchos tinta a color	2
Empastados	3
Copias	400
<b>Equipo de oficina</b>	
Laptop	1
Impresora	1
Escritorio	1
Silla	1
Cámara fotográfica	1

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**CAPÍTULO IV.**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 4.1. Resultados.

### 4.1.1. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según el grado de comorbilidad en relación al rango de edad.

**Cuadro 3.** Distribución porcentual de adultos mayores, según el grado de comorbilidad en relación al rango de edad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015

Rango de edad	Una enfermedad	Dos enfermedades	Tres enfermedades	Cuatro enfermedades
65–71 años	8,22	8,22	0,00	1,37
72–79 años	13,70	19,18	10,96	4,11
80–87 años	5,48	12,33	4,11	2,74
88–95 años	1,37	1,37	4,11	0,00
96 o más años	0,00	1,37	0,00	1,37

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** Como se puede apreciar en el **Cuadro 3** la comorbilidad en relación al rango de edad. Se puede notar que aquellas personas que tienen una enfermedad y que están en el rango de edad de 65 a 71 años representan un porcentaje de 8.22% y en el rango de edad de 72 a 79 años representan un porcentaje de 13.70% y en el rango de edad de 80 a 87 años representan un porcentaje de 5.48% mientras que las edad de 88 a 95 años un porcentaje de 1.37%; Al analizar al adulto mayor que tiene dos enfermedades podemos notar que en el rango de edad de 65 a 71 años representan un porcentaje de 8,22% y aquello que tienen un rango de edad de 72 a 79 años representan un porcentaje de 19,18% y el rango de edad de 80 a 87 años representan un porcentaje de 12,33% mientras que el rango de edad años de 88 a 95 representan un porcentaje de 1,37% mientras que el rango de edad más de 96 años representan un porcentaje de 1,37%.

Al analizar al adulto mayor que tiene tres enfermedades podemos notar que en el rango de edad de 72 a 79 años representan un porcentaje de 10,96% y el rango de edad de 80 a 87 años representan un porcentaje de 4,11% mientras que el rango de edad años de 88 a 95 representa un porcentaje de 4,11%. Al analizar al adulto mayor que tiene cuatros enfermedades podemos notar que en el rango de edad de 65 a 71 años representan un porcentaje de 1,37% y aquello que tienen un rango de edad de 72 a 79 años representan un porcentaje de 4,11% y el rango de edad de 80 a 87 años representan un porcentaje de 2,74% mientras que el rango de edad más de 96 años representan un porcentaje de 1,37%.

#### **4.1.2. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo con deterioro social en relación al grado de comorbilidad.**

**Cuadro 4.** Distribución porcentual de adultos mayores con deterioro social en relación al grado de comorbilidad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Deterioro social</b>	<b>Una enfermedad</b>	<b>Dos enfermedades</b>	<b>Tres enfermedades</b>	<b>Cuatros enfermedades</b>
Situación social buena	27,40	31,51	12,33	6,85
Riesgo social	0,00	9,59	5,48	2,74
Deterioro social severo	1,37	1,37	1,37	0,00

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 4.** Deterioro social – Comorbilidad. se puede observar que dentro de las personas que tienen una sola enfermedad los que tienen situación social buena representan el 27.40% y los que sufren un deterioro social severo se encuentran un 1.37% mientras que de los ancianos que tienen dos enfermedades analizando los que tienen una situación social buena representan el 31.51% mientras que los que tienen riesgo social representan el 9.59% y los de deterioro social severo son el 1.37% los que tienen tres enfermedades y tienen una situación social buena representan el 12.33% los del riesgo social representan el 5.48% y los de deterioro social severo son el

1.37% y los que tienen cuatro enfermedades el 6.85% tienen una situación social buena el 2.74% padecen de riesgo social con lo cual podemos analizar que aquellas personas que tienen dos enfermedades son las que tienen el más alto riesgo ya que se hace crítico la situación para estos adultos mayores.

#### **4.1.3. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según su grado de funcionalidad en relación a su estado nutricional.**

**Cuadro 5.** Distribución porcentual de adultos mayores según su grado de funcionalidad en relación a su estado nutricional en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Estado nutricional</b>	<b>Independientes</b>	<b>Necesitan cierta ayuda</b>	<b>Necesitan mucha ayuda</b>
Desnutrición	0,00	0,00	0,00
Bajo peso	17,81	10,96	6,85
Normopeso	42,47	4,11	1,37
Sobrepeso	10,96	4,11	1,37
Obesidad	0,00	0,00	0,00

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 5.** Estado nutricional – Funcionalidad. Se observa que aquellos adultos mayores independientes el 17.81% tienen bajo peso el 42.47% tienen un peso normal el 10.96% tienen sobrepeso cuando se analiza aquellos adultos mayores que necesitan cierta ayuda el 10.96% tienen bajo peso el 4.11% representan por igual a los de peso normal y sobrepeso mientras que aquellos adultos mayores que necesitan mucha ayuda el estado de nutrición el 6.85% tienen bajo peso el 1.37% están aquellos que tienen un peso normal y también aquellos que tienen un sobre peso es de vital importancia que los adultos mayores tengan el apoyo constantes de sus familiares ya que de no recibir este apoyo psicológico y moral tienden a dificultarse su vida normal.

#### 4.1.4. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo con riesgos de caídas en relación al grado de deprivación.

**Cuadro 6.** Distribución porcentual de adultos mayores, con riesgos de caídas en relación al grado de deprivación en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Deprivación sensorial</b>	<b>Alto riesgo de caídas</b>	<b>Ausente</b>
Dificultad auditiva	2,74	9,59
Dificultad visual	23,29	52,05
Dificultad Visual y Auditiva	10,96	1,37

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 6.** Deprivación sensorial en relación con el riesgo de caídas. se puede apreciar los impactos de los altos riesgo de caídas que son de 2.74% cuando tienen dificultad auditiva el 23.29% cuando estos adultos tienen dificultad visual y en un 10.96% cuando estos adultos tienen la dificultad visual y auditiva mientras que en algunos adultos mayores se encuentra ausente el 9.59% para los que sufren de dificultad auditiva el 52.05% para los que sufren de dificultad visual y en un 1.37% para los que tienen dificultad auditiva y visual al mismo tiempo siendo imperioso la necesidad de hacer conciencia de los múltiples inconvenientes que se presentan en estas persona cuando carecen de esta deprivación.

#### 4.1.5. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo con trastornos del sueño en relación al grado de deterioro social.

**Cuadro 7.** Distribución porcentual de adultos mayores, con trastornos del sueño en relación al grado de deterioro social en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

Trastornos del sueño	Situación social	Riesgo social	Deterioro social severo
	buena		
Dificultad para iniciar el sueño	6,85	8,22	1,37
Dificultad para mantener el sueño	10,96	2,74	0,00
Sueño no reparador	60,27	6,85	2,74

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 7.** Trastornos del sueño – Deterioro social. Se puede observar que cuando los adultos mayores tienen una situación social buena el 6.85% tienen dificultad para iniciar el sueño mientras que el 10.96% sufren de dificultad para mantener el sueño y un 60.27% sufren de un sueño no reparador cuando se mira aquellas personas que tienen un riesgo social el 8.22% tienen dificultad para iniciar el sueño un 2.74% dificultad para mantener el sueño y un 6.85% sufren de un sueño no reparador y desde el punto de vista los mayores que tienen un deterioro social severo el 1.37% sufren de dificultad para iniciar el sueño y un total de 2.74% tienen un sueño no reparador por tal motivo es imperioso conocer las múltiples dolencias que sufren los adultos mayores para así ayudar a restaurarlos lo más pronto posible.

#### 4.1.6. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según su estado nutricional en relación al grado de comorbilidad.

**Cuadro 8.** Distribución porcentual de adultos mayores, según su estado nutricional en relación al grado de morbilidad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Estado nutricional</b>	<b>Una enfermedad</b>	<b>Dos enfermedades</b>	<b>Tres enfermedades</b>	<b>Cuatro enfermedades</b>
Desnutrición	0,00	0,00	0,00	0,00
Bajo peso	6,85	10,96	12,33	5,48
Normopesó	16,44	23,29	5,48	2,74
Sobrepeso	5,48	8,22	1,37	1,37
Obesidad	0,00	0,00	0,00	0,00

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015.

**Análisis e interpretación:** Como se puede observar en el **Cuadro 8.** Estado nutricional – Comorbilidad. Que los adultos mayores con dificultad para iniciar el sueño el 10.96% tienen un bajo peso el 4.11% peso normal y un 1.37% sobrepeso mientras que cuando se analizan con dificultad para mantener el sueño el 4.11% tienen bajo peso el 8.22% peso normal el 1.37% sobre peso y dentro del grupo de los tienen un sueño no reparador el 20.55% sufren de bajo peso el 35.62% de un peso normal y el 13.70% de sobrepeso por todas estas razones analizadas podemos notar que parece que hay una relación entre estas dos variables por tal motivo es de primordial importancia mantener a los adultos mayores en buenas condiciones de nutrición y así lograr una buena condición física que ayudara a mantener una mejor condición de vida.

#### 4.1.7. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según el grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en relación al riesgo de padecer caídas.

**Cuadro 9.** Distribución porcentual de adultos mayores, según el grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en relación al riesgo de padecer caídas en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

Inmovilidad uso de dispositivo de apoyo	Alto riesgo de caídas	Ausente
Ninguno	2,74	36,99
Bastón	15,07	26,03
Andador	10,96	0,00
Silla de ruedas	8,22	0,00

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 9.** Relación inmovilidad uso de dispositivo de apoyo en relación con el riesgo de caídas. Se puede notar que el 2,74 % de los adultos mayores del CGQ que no usa ningún dispositivo de apoyo tienen un alto riesgo de caídas, mientras que el 36,99 % está ausente el riesgo de caídas; al contrastar a los adultos mayores que usa bastón el 15,07 % tienen un alto riesgo de caídas, mientras que el 26,03 % está ausente el riesgo de caídas; al verificar a los adultos mayores que usan andadores contrastamos que el 10,96 % tienen un alto riesgo de caídas; del mismo modo verificar a los adultos mayores que usan silla de ruedas contrastamos que el 8,22 % tienen un alto riesgo de caídas.

**4.1.8. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según sus grado funcionalidad en relación a sus grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa.**

**Cuadro 10.** Distribución porcentual de adultos mayores, según sus grado funcionalidad en relación a sus grado de inmovilidad y dispositivo de apoyo que usa en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Funcionalidad</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Bastón</b>	<b>Andador</b>	<b>Silla de ruedas</b>
Independientes	38,36	30,14	0,00	2,74
Necesitan cierta ayuda	1,37	8,22	9,59	0,00
Necesitan mucha ayuda	0,00	2,74	1,37	5,48

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 10.** Funcionalidad - inmovilidad uso de dispositivo de apoyo. Se puede apreciar que dentro de aquellas personas que no necesitan ningún tipo de apoyo el 38.36% son personas independientes el 1.37% necesitan cierta ayuda mientras que aquellas personas que necesitan bastón el 30.14% son personas adultas independientes y el 8.22% necesitan cierta ayuda y el 2.74% son adultos mayores que necesitan mucha ayuda y de aquellas que necesitan adicional andador el 9.59% necesita cierta ayuda y el 1.37% necesita mucha ayuda y de aquellas personas de los adultos mayores que necesitan silla de rueda el 2.74% son independientes y un 5.48% necesitan mucha ayuda.

#### 4.1.9. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo según su estado nutricional en relación al trastorno del sueño.

**Cuadro 11.** Distribución porcentual de adultos mayores, según su estado nutricional en relación al trastorno del sueño, en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

<b>Estado nutricional</b>	<b>Dificultad para iniciar el sueño</b>	<b>Dificultad para mantener el sueño</b>	<b>Sueño no reparador</b>
Desnutrición	0,00	0,00	0,00
Bajo peso	10,96	4,11	20,55
Normopeso	4,11	8,22	35,62
Sobrepeso	1,37	1,37	13,70
Obesidad	0,00	0,00	0,00

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015

**Análisis e interpretación:** Como se puede observar en el **Cuadro 11.** Estado nutricional en relación al trastornos del sueño que los adultos mayores con dificultad para iniciar el sueño el 10.96% tienen un bajo peso el 4.11% peso normal y un 1.37% sobrepeso mientras que cuando se analizan con dificultad para mantener el sueño el 4.11% tienen bajo peso el 8.22% peso normal el 1.37% sobre peso y dentro del grupo de los tienen un sueño no reparador el 20.55% sufren de bajo peso el 35.62% de un peso normal y el 13.70% de sobrepeso por todas estas razones analizadas podemos notar que parece que hay una relación entre estas dos variables por tal motivo es de primordial importancia mantener a los adultos mayores en buenas condiciones de nutrición y así lograr una buena condición física que ayudara a mantener una mejor condición de vida.

#### 4.1.10. Distribución porcentual de adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo con riesgos de caídas en relación al rango de edad.

**Cuadro 12.** Distribución porcentual de adultos mayores, con riesgos de caídas en relación al rango de edad en la identificación de los factores de riesgo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo y su relación con los grandes Síndromes Geriátricos. 2014 – 2015.

Caídas	65–71 años	72–79 años	80–87 años	88–95 años	96 o más años
Ausente	13,70	34,25	12,33	2,74	0,00
Alto riesgo de caídas	4,11	13,70	12,33	4,11	2,74

**Fuente:** Encuestas realizadas los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, 2015

**Elaboración:** Gilberto Troya, 2015

**Análisis e interpretación:** En el **Cuadro 12.** Caídas y su relación con las edades. Se puede apreciar que en los adultos mayores de 65 a 71 años el 13.70% se encuentran ausentes las caídas pero el 4.11% tienen un alto riesgo de caídas mientras que en las edades de 72 a 79 años el 34.25% están ausentes las caídas pero el 13.70% tienen un alto riesgo de caídas en las edades de 80 a 87 años el 12.33% están ausentes las caídas y el mismo porcentaje tienen un alto riesgo de caídas y en las edades de 88 a 95 años el 2.74% están ausentes las caídas y en un 4.11% tienen un alto riesgo y en los adultos mayores de más de 96 años el 2.74% tienen un alto riesgo de caídas como podemos notar que donde los porcentajes son más altos es en aquellas personas que tienen de 72 a 79 años los que tienen un alto riesgo de caídas.

## 4.2. Discusión.

Los factores de riesgo en el adulto mayor incrementa la probabilidad de enfermarse cuando se expone a él y son múltiples los problemas que sufren los adultos mayores entre ellos podemos mencionar el estado de nutrición con la funcionalidad ( el 10.96% y el 4.11% ) de los adultos mayores que necesitan cierta ayuda debido a su bajo peso y al sobrepeso; mientras que aquellos adultos mayores que necesitan mucha ayuda debido a su bajo peso y al sobrepeso es del 6.85% (bajo peso) y del 1.37% (sobrepeso).

Por lo cual se debe entender lo que manifiesta (**Hernández L. , 2014**). En el estudio evaluación geriátrica integral del adulto mayor Hospitalizado, quien manifiesta que el 25% de adultos mayores presentaron bajo peso, mientras que el 9,09% obesidad, siendo la malnutrición mayor en las mujeres en relación a los hombres. Y que el 56,82% presentan riesgo de desnutrición. Respecto a la funcionalidad en las ABVD (actividades básica de la vida diaria) el 36% de adultos mayores prestaron dependencia leve y el 21% dependencia grave.

También se debe tomar en cuenta lo señalado por (**Bailón, 2013**) donde indica que los adultos mayores realizan actividades físicas, el 34% realizan aeróbicos, 33% realizan Bailoterapia, y el 3% no realizan ninguna actividad física en tanto al uso de dispositivo de apoyo, el 77% de Adultas Mayores no utilizan ningún método de apoyo ya que ellos pueden moverse sin ningún problema, el 13%, utilizan muletas, el 8%, utilizan bastones y el 2% utilizan andadores.

En esta investigación podemos encontrar que son múltiples los problemas que sufren los adultos mayores comprobándose que los factores de riesgo que influyen en los adultos, en relación con los síndromes geriátricos; es el deterioro social severo con un 1.37% y se da en forma similar para aquellos adultos mayores que tienen de una a cuatro enfermedades mientras los que tienen un riesgo social va desde 9.59% hasta 5.48% dependiendo de las enfermedades que sufran. En cuanto a la deprivación sensorial y su relación con las caídas nos encontramos que el 2.74% que tienen alto riesgo de caída padecen de dificultad auditiva y el 23.7% padecen de dificultad visual.

Lo que es afianzado por **(Hernández, 2014)**, quien manifiesta que los síndromes geriátricos más frecuentes son: deprivación sensorial (visual: 70,45% y auditiva: 59%), trastornos del sueño (59%), incontinencia urinaria (57%), caídas (55%). También manifiesta que la depresión (moderada: 34,09%; severa: 18,18%), es más frecuente en las mujeres.

Asimismo, se toma en consideración lo expresado por **(Cevallos, 2013)** identifica que el 82% de la población adulta mayor cree que su calidad de vida mejora con la integración en los programas sociales, pero por otra parte está el 15% que no cree necesario el pertenecer a un programa social, y por otra parte tenemos que un 3% duda del mejoramiento de su estilo de vida al intervenir en los programas en beneficio de la tercera edad. También se pudo constatar que el 56%, de los adultos mayores sabe poco de cuáles son sus derechos, el 15% si saben cuáles son sus derechos y por último un 29% no tienen ningún conocimiento de sus derechos, por la falta de información.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones.

- Se comprobó que los factores de riesgo que influyen en los adultos mayores del centro gerontológico Quevedo, en relación con los síndromes geriátricos es el deterioro social severo sufren un 1.37% de los adultos mayores y se da en forma similar para aquellos adultos mayores que tienen de una a cuatro enfermedades mientras los que tienen un riesgo social va desde 9.59% hasta 5.48% dependiendo de las enfermedades que sufran. En cuanto a la deprivación sensorial y su relación con las caídas nos encontramos que el 2.74% que tienen alto riesgo de caída padecen de dificultad auditiva y el 23.7% padecen de dificultad visual.
- Se estimó que los problemas de mayor prevalencia del adulto mayor en relación con los síndromes geriátricos, es el estado de nutrición con la funcionalidad el 6.85% de los adultos mayores necesitan mucha ayuda debido a su bajo peso y el 1.37% de sobre peso.
- Se apreció que las consecuencias que afecta la calidad de vida del Adulto Mayor, teniendo como resultado que el 36.99% sufren de caídas por falta de sostenimiento, mientras que el 26.03% requieren de bastón para no caerse caminando o alcanzando algún objeto.

En la mayoría de los adultos mayores se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida, que llevan a una “transición en los riesgos”, la cual se manifiesta en un alarmante incremento de algunos factores de riesgo en las diferentes poblaciones. Estos riesgos están asociados con dietas abundantes en contenido graso y productos de origen animal y con poca fibra, y con la inactividad física.

Todo esto contribuye al incremento de la prevalencia de diversas enfermedades, tales como la obesidad, la diabetes mellitus (DM) tipo II, la hipertensión arterial (HTA) etc. Además se determinó que no existe una coherencia entre la atención en salud para la población mayor de 60 años y su caracterización como grupo vulnerable debido a la baja cobertura de los servicios, su deficiente calidad, la gestión inapropiada, la escasez de recurso humano capacitado, la falta de una conciencia de autocuidado y de programas específicos en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que para este grupo no ha sido considerado prioritario.

## **5.2. Recomendaciones.**

1. Al existir una alta prevalencia de síndromes geriátricos es necesario que la historia clínica se complemente con la Valoración Geriátrica Integral, conformada por la evaluación funcional, cognitiva, efectiva, nutricional y social; para facilitar su detección y posterior prevención de complicaciones, tratamiento y evaluación cronológica.
2. Mejorar la situación del adulto mayor a fin de disminuir los factores de riesgo del centro gerontológico Quevedo mediante un estricto control de la alimentación y evitando el sedentarismos entre ellos, manteniendo básicamente la actividad tanto física como intelectual.
3. Adecuar salas de lecturas y ejercicios donde el adulto mayor realice actividad física y mental, evitando así el aumento de los mayores riesgos de enfermedades a lo que está expuesto.

**CAPÍTULO VI**  
**BIBLIOGRAFÍA**

## 6.1. Revisión literaria.

Agudelo, J. M. (2007). *Incontinencia urinaria masculina (Parte I)*. *Revista Urología Colombiana*, 16(1), 149-158.

Andrade, C. (2011). *Nivel de Depresion en Adultos Mayores de 65 año y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asuncion. Canton Giron. Azuay 2011. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Salud Publica, Riobamba. Recuperado el 10 de septiembre de 2015, de <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1467/34T00245.pdf?sequence=1>*

Andrade, C. (2011). *Nivel de Depresion en Adultos Mayores de 65 año y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asuncion. Canton Giron. Azuay 2011. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Salud Publica, Riobamba.*

Bailón, M. (2013). *Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. "centro de atención del adulto mayor". Santa Elena. 2012-2013. Universidad estatal Península de santa Elena., Ciencias de la Salud, La Libertad.*

Berciano Blanco, J. (2006). *Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 15ª edición. Madrid, España: Editorial Elseiver, 2, 1486-1489. Españas.*

Cargua, M. (2011). *Estrategia I.E.C. Para disminuir el Síndrome de Adaptacion en el adulto mayor del Centro Gerontogico "Julia Mantilla de Corral" Penipe - Chimborazo, Ecuador. Mayo - Octubre 2011. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo , Promocion y Cuidados de la Salud, Riobamba.*

Cevallos, M. (2010). *Exclusion del adulto mayor en programas sociales, de l a parroquia de Conocoto, Periodo 2011 - 2012 y sus efectos en la calidad de vida. Universidad Central del Ecuador , Facultad de Jurisprudencia, Ciencia Política y Sociales, Quito.*

- Cevallos, M. (2013). *Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la parroquia de Conocoto, Periodo 2011 - 2012 y sus efectos en la calidad de vida*. Universidad Central del Ecuador , Facultad de Jurisprudencia, Ciencia Política y Sociales, Quito.
- Constitución del Ecuador. (20 de Octubre de 2009). *Constitución del Ecuador*: [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec). Obtenido de [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec): [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Cuatin, S. (2012). *Estudio de Factibilidad para la creación de un centro Gerontológico en el Cantón Mira, Provincia del Carchi*. Universidad Técnica del Norte, Administración y Económicas , Ibarra.
- Cuatin, S. (2012). *Estudio de Factibilidad para la creación de un centro Gerontológico en el Cantón Mira, Provincia del Carchi*. Universidad técnica del Norte. Ibarra, Ecuador. Recuperado el 10 de septiembre de 2015, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1422/1/02%20ICA%20285%20TESIS.pdf>
- Fernández Brañas, S. (2011). *Factores psicosociales presentes en la tercera edad*. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77-81.
- Fernández, B. (2011). *Factores psicosociales presentes en la tercera edad*. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77-81.
- Fustinoni, O. (2002). *Deterioro cognitivo y demencia*, *Cuadernos de Medicina Forense*, Año 1, número 1, págs. 39-44, junio 2002.
- García, M. (2010). *Deprivación Sensorial*. Obtenido de *Deprivación Sensorial*: <https://deprivacion%20sensorial%20en%20el%20adulto%20mayor%20pdf>
- González, R. (2011). *Alumnado en situación de riesgo social* . Barcelona: Primera edición
- Hernández, L. (2014). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor Hospitalizado, en el hospital de atención integral del Adulto mayor, agosto 2014*. Pontificia Universidad católica del ecuador, Facultad de enfermería, Quito.

- Hernández, M. (2013). *Cuidados de Enfermería en Pacientes Ambulatorios con Heridas Postquirúrgicas. Servicio de Cirugía Menor. Hospital General Dr. Liborio Panchana. Universidad Estatal Península de Santa Elena , Ciencias de la Salud , La Libertad.*
- M.I.E.S. (2013). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los centros residenciales del buen vivir para el adulto mayor, Quito, 2013 – 2014. Subsecretaría Intergeneracional. , Dirección de Población Adulta Mayor., Quito.*
- M.S.P. (2008). *Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor, Quito Septiembre 2008. Ministerio de salud pública , Quito.*
- Ministerio de Inclusion Economico y social. (2013). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los centros residenciales del buen vivir para el adulto mayor, Quito, 2013 – 2014. Subsecretaría Intergeneracional. , Dirección de Población Adulta Mayor., Quito.*
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor, Quito Septiembre 2008. Ministerio de salud pública, Quito.*
- Montalvo, M. (2011). *Percepcion de los Adultos Mayores sobre la atencion recibida en los Centros del Adulto Mayor en el Asilo Leon Ruales de la Ciudad de Ibarra y en el Asilo Carmen Ruiz de Echeverria de la Ciudad de Cotacachi, Periodo Noviembre 2010 a Julio 2011. Universidad Tecnica del Norte, Ciencias de Salud, Ibarra. Recuperado el 12 de septiembre de 2015, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2326/1/TESIS%20%20%20%20%20PERCEPCION%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>*
- Montalvo, M. (2011). *Percepcion de los Adultos Mayores sobre la atencion recibida en los Centros del Adulto Mayor en el Asilo Leon Ruales de la Ciudad de Ibarra y en el Asilo Carmen Ruiz de Echeverria de la Ciudad de Cotacachi, Periodo Noviembre 2010 a Julio 2011. Universidad Tecnica del Norte , Ciencias de Salud, Ibarra.*
- Plan del Buen Vivir . (7 de Agosto de 2013). *Plan del Buen Vivir: [www.documentos.senplades.gob.ec](http://www.documentos.senplades.gob.ec). Obtenido de*

*www.documentos.senplades.gob.ec:*

*http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf*

*Ramírez, N. (2010). Implementación del programa de atención al adulto mayor en el centro de salud de Zapotillo. Periodo abril – septiembre 2010. Universidad técnica partícula de Loja., Escuela de medicina, Loja.*

*Rodríguez, S. (2010). La vejez: Historia y actualidad. Salamanca, España : Universidad de Salamanc.*

*Salinas Martínez, R. (2008). Programa de la especialidad de Geriátría del Hospital Universitario UANL. Subdirección de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.*

*Salinas, R. (2008). Programa de la especialidad de Geriátría del Hospital Universitario UANL. Subdirección de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.*

*Vallejo, G. (2011). Estudio de factibilidad para la implementación de una unidad de atención a adultos mayores con discapacidad, en el hogar del anciano san Vicente de paúl de la ciudad de Atuntaqui, cantón Antonio ante, provincia de Imbabura. Universidad Tecnica del Norte., Administración y Económicas., Ibarra.*

**CAPÍTULO VII**  
**ANEXOS**

7.1. Anexo 1. Encuesta realizada a los adultos mayores.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**“UNIDAD DE ESTUDIO A DISTANCIA”**  
**MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**



**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES Y  
DIURNOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “QUEVEDO”.**

**OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores del “Centro Gerontológico Quevedo. Quevedo.

**Fecha: Día/Mes/Año**  **Registro #**  **Encuesta #**

**Parte I: Aspectos Generales**

1. ¿Cuál es su edad?

**Parte II: Aspectos gerontogerriátrico**

1. ¿cuál de la siguiente enfermedad padece usted?

Cefalea	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="text"/>
Hipertensión	<input type="text"/>
Problema vasculares	<input type="text"/>
Problema cardiaco	<input type="text"/>
Problema renal	<input type="text"/>
Osteoporosis	<input type="text"/>
Alzheimer	<input type="text"/>
Parkinson	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

**2. ¿Cómo considera Ud. su alimentación?**

Muy buena	<input type="text"/>
Buena	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>
Mala	<input type="text"/>

**3. ¿Usted pierde la memoria momentáneamente?**

Si	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>

**4. ¿Qué alteraciones perceptivas presenta?**

Visión	<input type="text"/>
Audición	<input type="text"/>
Lenguaje	<input type="text"/>

**5. ¿Cuál fue su estado de ánimo en los últimos días?**

Alegre	<input type="text"/>
Triste	<input type="text"/>
Deprimido	<input type="text"/>
Ansioso	<input type="text"/>

**6. ¿Utiliza Ud. Dispositivos de apoyo?**

Silla de rueda	<input type="text"/>
Andadores	<input type="text"/>
Bastones	<input type="text"/>
No utiliza ninguno	<input type="text"/>

**7. ¿Qué actividad física realiza?**

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Caminatas	<input type="checkbox"/>
Aérobicos	<input type="checkbox"/>
Bailoterapia	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**Parte III: Percepción del usuario (adulto mayor) respecto a la atención recibida.**

**1. ¿Durante su permanencia en el Centro Gerontológico cómo lo tratan?**

Bien	<input type="checkbox"/>
Mal	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**2. ¿El personal le brindó confianza?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**3. ¿Le parece cómodos el ambiente del centro gerontológico?**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**4. El personal que labora en el centro gerontológico, le hace sentir importante.**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**5. El personal que labora en el centro gerontológico, le brindó orientación acerca del horario de visita, alimentación, reposo, medicación y normas relacionada con el centro geriátrico.**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**6. Cuándo Ud. necesita del personal que labora en el centro gerontológico, ella/o acude oportunamente al llamado.**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

**7. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida?**


Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No opina	<input type="checkbox"/>

## 7.2. Anexo 2 Instrumento de recolección de datos

Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Enfermedad o problema de salud	Estado civil	Grado de instrucción	Procedencia	Modalidad

TAMIZAJE RÁPIDO	SI	NO
Dificultad visual		
Dificultad auditiva		
Pedida involuntaria de orina		
Caídas en el último año		
Inmovilidad		
Presencia de úlceras por presión		
Insomnio		

### Mini mental, Escala de Pfeffer y Escala de Yesavage Modificada

EVALUACIÓN COGNITIVA (1 punto por cada R... Correcta)	Puntuación	ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yesavage Modificada)	S I	N O
Sabe la fecha (0-4 puntos)	Mes	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
	Días Mes	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
	Año	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
	Días Mes Año	¿Se aburre con frecuencia?	1	1
Aprender el nombres de tres objetos (0-3 puntos)	Árbol	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	0
	Mesa	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	1
	Avión	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	0
	Repeticiones	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
Repite número al revés 1,3,5,7,9. (0-5 puntos)	R.. Paciente 9,7,5,3,1	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
	R.. Correcta 9,7,5,3,1	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	1
Toma, dobla, coloca papel (0-3 puntos)	Toma el papel	¿Cree que vivir es maravilloso?	0	0
	Dobla en la mitad	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	1
	Lo coloca en sus piernas	¿Se encuentra lleno de energía?	0	0
Repite palabras aprendidas anteriormente (0-3 puntos)	Árbol	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
	Mesa	¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0
	Avión			
Copia 2 círculos cruzados (0-1 puntos)				
Mini mental Modificado y Escala de Pfeffer	TOTAL			

Deterioro cognitivo ausente: 14 -19 puntos

Deterioro cognitivo presente: 13 - 0 puntos

FUENTE: GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR (M SP, 2008), ESCALAS GERIÁTRICAS (M SP, 2010).

ADAPTADO POR: GILBERTO TROYA H.

## Índice de Katz y escala de Lawton y Brody modificada

ACTIVIDADES BÁSICAS		Puntuación	X	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES		Puntuación	X
<b>Comer</b>	Independiente (come solo)	10		<b>Usa el teléfono</b>	Capaz de utilizarlo sin problemas	1	
	Necesita ayuda (corta)	5			Marca bien algunos números conocidos	2	
	Dependiente	0			Puede contestar pero no llamar	3	
<b>Usar el retrete</b>	Independiente (entra y sale solo del baño)	10		<b>Usa transporte</b>	Incapaz de utilizarlo	4	
	Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	5			Viaja en transporte público o conduce	1	
	Dependiente	0			Solo en taxi, no en autobús	2	
<b>Deposiciones</b>	Continencia normal	10		<b>Prepara la comida</b>	Necesita acompañamiento	3	
	Ocasional	5			Es incapaz de usarlo	4	
	Incontinencia	0			Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	
<b>Micción</b>	Continencia normal	10			prepara si le dan los ingredientes	2	
	Un episodio diario como máximo de incontinencia	5			Prepara platos precocidos	3	
	Incontinencia	0			Tienen que darle la comida hecha	4	
<b>Vestirse</b>	Independiente (ponerse y quitarse la ropa)	10		<b>Cuida la casa</b>	Cuida la casa sin ayuda	1	
	Necesita ayuda	5			Hace todo, meno el trabajo pesado	2	
	Dependiente	0			Tareas ligera únicamente	3	
<b>Arreglarse</b>	Independiente (lavarse: cara, mano, afeitarse)	5			Necesita ayuda para todas las tareas	4	
	Dependiente	0			Incapaz de hacer nada	5	
<b>Deambular</b>	Independiente (camina solo)	15		<b>Lava la ropa</b>	Lo realiza personalmente	1	
	Necesita ayuda o supervisión para caminar	10			Solo lava pequeñas prendas	2	
	Independiente en silla de rueda sin ayuda	5			Es incapaz de lavar	3	
	Dependiente	0		<b>Va de compras</b>	Lo hace sin ninguna ayuda	1	
<b>Escalones</b>	Independiente (bajar y subir escaleras)	10			Solo hace pequeñas compras	2	
	Necesita ayuda física o supervisión para subir escalera	5		Tienen que acompañarlo	3		
	Dependiente	0		Es incapaz de ir de compras	4		
<b>TOTAL</b>				<b>Medicamentos</b>	Responsable de su medicación	1	
Independiente = 80 Ayuda = 60 Dependiente = 0					Hay que preparárselos	2	
<b>ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO</b>					Incapaz de hacerlo por sí mismo	3	
Grado de dependencia				<b>Maneja dinero</b>	Lleva cuenta, va a bancos, etc.	1	
Hasta 8 puntos = Independiente					Solo maneja efectivos	2	
De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda					Incapaz de utilizar dinero	3	
<b>ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA</b>				<b>TOTAL</b>			

FUENTE: GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR (M SP, 2008), ESCALAS GERIÁTRICAS (M SP, 2010).

ADAPTADO POR: GILBERTO TROYA H.

## Escala de Norton y Escala de Gijón (Versión abreviada y modificada)

ESCALA DE VALORACION DE ESCARAS		Puntuación	X	ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN		Puntuación	X
Estado físico	Muy deficiente	1		Situación familiar Vive con	familia y/o pareja sin conflicto	1	
	Deficiente	2			pareja de similar edad	2	
	Aceptable	3			familia y/o pareja con conflicto	3	
Estado mental	Bueno	4		Relaciones y contactos sociales	Solo, familiares que no cubre sus necesidades	4	
	Estupor	1			Solo desatendido, sin familia	5	
	Confuso	2			Apoyos red social	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1
Apático	3		Solo se relaciona con familia/vecinos/otros	2			
Alerta	4		Solo se relaciona con familia, sale de casa	3			
Movilidad	Inmóvil	1		Actividad	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas	4	
	Muy limitada	2			No sale del domicilio, ni recibe visitas	5	
	Algo limitada	3			No recibe ningún apoyo	1	
Actividad	Completa	4		Incontinencia	Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	2	
	Encamado	1			Recibe apoyo social formal suficiente	3	
	Silla de ruedas	2			Tiene soporte social pero es insuficiente	4	
Incontinencia	Con ayuda	3		TOTAL	No tiene soporte social y lo necesita	5	
	Deambula	4					
	Doble	1					
TOTAL							

Escala de Norton

Riesgo moderado < 16.

Riesgo alto < 12

Escala de Gijón (Versión abreviada y modificada)

De 5 a 9: aceptable situación social

De 10 a 14: Existe riesgo social

social

Más de 15: Problema social

FUENTE: GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR (M SP, 2008), ESCALAS GERIÁTRICAS (M SP, 2010).

ADAPTADO POR: GILBERTO TROYA H.

## Escala de Downton y Mini nutricional Assessment (MNA) modificada

ESCALA DE VALORACION DE CAIDAS		Puntuación	X
Caídas previas	Si	1	
	No	0	
Medicamentos	No	0	
	Tranquilizantes – Sedantes	1	
	Diuréticos	1	
	Hipotensores no diuréticos	1	
	Antiparquinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	
	Otros medicamentos	1	
Déficit sensoriales	Ninguno	0	
	Alteración visual	1	
Estado mental	Alteración auditiva	1	
	Extremidades (ICTUS)	1	
Estado mental	Orientado	0	
	Confuso	1	
Deambulación	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	
	Insegura	1	
	Imposible	1	
	<b>TOTAL</b>		

### Escala de Downton

Alto riesgo de caídas 3 o más puntos

ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL (Mini nutricional Assessment MNA)		Puntuación	X
Disminución de ingesta de comida en los últimos tres meses	Severa	0	
	Moderada	1	
	Ausencia	2	
Pérdida de peso en los tres meses	Pérdida de peso < 3kg	0	
	No conoce	1	
	Pérdida entre 1 y 3kg	2	
Movilidad	No existe pérdida de peso	3	
	En la cama o en silla de ruedas	0	
	Puede salir de la cama o la silla, pero no afuera	1	
Enfermedad aguda en los últimos tres meses	Puede ir afuera	2	
	Si	0	
	No	2	
Presencia de problemas neuropsicológicos	Demencia o depresión severas	0	
	Demencia o depresión moderada	1	
	Ausencia de problemas psicológicos	2	
Índice de masa corporal	IMC. menos de 19	0	
	IMC. entre 19 – menor a 21	1	
	IMC. entre 21 – menor a 23	2	
Mini nutricional Assessment MNA	IMC. 23 mayor	3	
	<b>TOTAL</b>		

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos

FUENTE: GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR (M SP, 2008), ESCALAS GERIÁTRICAS (M SP, 2010).

ADAPTADO POR: GILBERTO TROYA H.

### 7.3. Anexo 3. Cuadro: Registros de datos de los adultos mayores del Centro gerontológicos Quevedo

Número de registro	Rango de edad	Sexo	Estado civil	Grado de instrucción	Procedencia	Modalidad	Enfermedades o problemas de salud	Comorbilidad	Funcionalidad	Deterioro social	Depresión	Deterioro cognitivo	Estado nutricional	Deprivación sensorial	Caidas	Inmovilidad uso de dispositivo de apoyo	Incontinencia urinaria	Úlceras por presión	Trastornos del sueño
1	72-79 años	F	Viuda	Primaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares, Osteoartritis	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Sobre peso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
2	72-79 años	M	Separado	Primaria	Urbano	Residentes	Problema respiratorios, hepático	Dos enfermedades	Independientes	Riesgo social	Depresión severa	Presente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
3	65-71 años	M	Separado	Analfabeto	Rural	Residentes	Problema vasculares, Osteoartritis	Dos enfermedades	Independientes	Riesgo social	Depresión moderada	Presente	Bajo peso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Silla de ruedas	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
4	72-79 años	M	Soltero	Primaria	Urbano	Residentes	Hipertensión, Problema vasculares, Osteoartritis	Tres enfermedades	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
5	65-71 años	F	Viuda	Analfabeto	Urbano marginal	Diurnos	Osteoartritis	Una enfermedad	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
6	88-95 años	M	Viudo	Secundaria	Urbano	Diurnos	Hipertensión, Problema vasculares	Dos enfermedades	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión severa	Presente	Bajo peso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Andador	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
7	80-87 años	M	Viudo	Analfabeto	Rural	Diurnos	Problema vasculares, Osteoartritis, Cefalea	Tres enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
8	72-79 años	F	Viuda	Superior o mas	Urbano	Diurnos	Hipertensión, Problema vasculares	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
9	72-79 años	M	Separado	Primaria	Rural	Residentes	Problema respiratorios	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
10	72-79 años	F	Separada	Primaria	Urbano marginal	Residentes	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Independientes	Riesgo social	Depresión severa	Presente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
11	80-87 años	F	Viuda	Secundaria	Rural	Diurnos	Problema vasculares, Osteoartritis, Cefalea	Tres enfermedades	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Ausente	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
12	72-79 años	M	Viudo	Primaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares, Osteoartritis, Cefalea, Parkinson	Cuatro enfermedades	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión moderada	Presente	Normopeso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Andador	Ausente	Ausente	Sueño reparador
13	72-79 años	M	Viudo	Analfabeto	Rural	Residentes	Osteoartritis	Una enfermedad	Necesitan cierta ayuda	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Sobre peso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Andador	Ausente	Ausente	Sueño reparador
14	72-79 años	F	Separado	Primaria	Rural	Diurnos	Cefalea, problema vasculares, respiratorios, Osteoartritis	Cuatro enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
15	80-87 años	M	Viudo	Analfabeto	Urbano marginal	Diurnos	Hipertensión, Problema vasculares	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Presente	Normopeso	Dificultad Visual y Auditiva	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
16	72-79 años	M	Unión Libre	Analfabeto	Rural	Diurnos	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Sobre peso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
17	72-79 años	M	Separado	Primaria	Urbano marginal	Residentes	Problema vasculares, respiratorios, Cefalea	Tres enfermedades	Necesitan mucha ayuda	Riesgo social	Depresión moderada	Presente	Normopeso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Silla de ruedas	Presenta	Presenta	Sueño reparador
18	72-79 años	M	Separado	Analfabeto	Rural	Residentes	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Independientes	Riesgo social	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Silla de ruedas	Presenta	Riesgo alto de úlceras por presión	Dificultad para iniciar el sueño
19	72-79 años	M	Viudo	Analfabeto	Urbano marginal	Diurnos	Problema vasculares	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Dificultad para mantener el sueño
20	88-95 años	M	Soltero	Secundaria	Urbano	Residentes	Osteoartritis	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Sobre peso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
21	65-71 años	F	Viuda	Analfabeto	Urbano marginal	Diurnos	Problema vasculares	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
22	96-102 años	F	Viuda	Primaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Necesitan mucha ayuda	Riesgo social	Depresión severa	Presente	Bajo peso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Andador	Ausente	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
23	80-87 años	F	Viuda	Analfabeto	Urbano marginal	Diurnos	Osteoartritis	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
24	72-79 años	M	Separado	Primaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
25	72-79 años	M	Viudo	Primaria	Urbano	Diurnos	Osteoartritis	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño reparador
26	80-87 años	M	Viudo	Analfabeto	Urbano	Diurnos	Problema vasculares	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Dificultad para mantener el sueño
27	80-87 años	M	Separado	Primaria	Urbano marginal	Residentes	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Necesitan mucha ayuda	Riesgo social	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Silla de ruedas	Ausente	Riesgo alto de úlceras por presión	Sueño reparador
28	80-87 años	F	Viuda	Secundaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares, Cefalea	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
29	72-79 años	M	Separado	Primaria	Urbano	Diurnos	Problema vasculares	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
30	72-79 años	M	Viudo	Secundaria	Urbano	Residentes	Problema vasculares, Osteoartritis, Cefalea	Tres enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Ninguno	Presenta	Ausente	Sueño reparador
31	72-79 años	M	Separado	Primaria	Rural	Diurnos	Osteoartritis	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Presente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño reparador
32	72-79 años	M	Separado	Primaria	Rural	Residentes	Problema vasculares, Osteoartritis	Tres enfermedades	Necesitan mucha ayuda	Riesgo social	Depresión severa	Presente	Bajo peso	Dificultad Visual y Auditiva	Alto riesgo de caídas	Silla de ruedas	Ausente	Ausente	Sueño reparador



68	72 – 79 años	M	Separado	Analfabeto	Urbano marginal	Residentes	problema renal	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Presente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Presenta	Ausente	Dificultad para iniciar el sueño
69	88 – 95 años	M	Soltero	Primaria	Urbano	Residentes	Problema renal, Cefalea	Tres enfermedades	Necesitan cierta ayuda	Riesgo social	Depresión moderada	Presente	Bajo peso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Andador	Ausente	Ausente	Sueño no reparador
70	80 – 87 años	M	Separado	Analfabeto	Urbano marginal	Residentes	problema respiratorios	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Bajo peso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño no reparador
71	80 – 87 años	M	Viudo	Secundaria	Urbano	Díamos	Diabetes, Hipertensión	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Alto riesgo de caídas	Bastón	Ausente	Ausente	Sueño no reparador
72	65 – 71 años	F	Casada	Primaria	Urbano marginal	Díamos	Problema dermatológico, Hipertensión	Dos enfermedades	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño no reparador
73	65 – 71 años	M	Casado	Primaria	Urbano marginal	Díamos	Problema respiratorios	Una enfermedad	Independientes	Situación social buena	Depresión moderada	Ausente	Normopeso	Dificultad Visual	Ausente	Ninguno	Ausente	Ausente	Sueño no reparador

**7.4. Anexo 4. Fotografías de encuestas realizadas al adulto mayor del centro Gerontológico de la ciudad de Quevedo**



**Foto 1. Encuestando al Adulto Mayor**



**Foto 2. Encuestando al Adulto Mayor**



**Foto 3. Realizando Historia Clínica**



**Foto 4. Revisando los registros de los Adultos Mayores**




**Foto 5. Entrevista con la Coordinadora del Centro Ing. Catrina Córdor**




**Foto 6. Encuestando al Adulto Mayor Diurno**

## 7.5. Anexo 5. Certificados otorgados por el Centro Gerontológico.

 Ministerio de Inclusión Económica y Social

**CENTRO GERONTOLOGICO DEL DIA PARA ADULTOS MAYORES**

 ecuador

---

Quevedo, marzo 5 del 2015

Señor.  
Troya Herrera Gilberto Fausto.  
Ciudad.

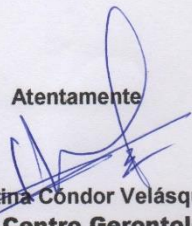
De mi consideración:

En relación a su comunicación del 20 de febrero del 2015, me permito remitir a usted, otorgar la autorización correspondiente para la realización de su tema de tesis de grado, ya que no genera relación laboral.

Por tal motivo, esta Institución autoriza a usted, realice la información requerida en este Centro de Adulto Mayor.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente



**Ing. Catina Córdor Velásquez.**  
**Coordinadora del Centro Gerontológico Quevedo**  
**Dirección Distrital Quevedo Mies coordinación zonal 5**

