

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en  
adultos mayores - centro de atención del Instituto Ecuatoriano de  
Seguridad Social de Cuenca-2014.**

**TESIS**

**Para optar el grado académico de doctora en ciencias de la  
Salud**

**Autora: Llaquelina Buenaño Barrionuevo**

**Tumbes, 2021**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en adultos mayores - centro de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca-2014.**

**Tesis aprobada en forma y estilo por**

**DR. Napoleón Puño Lecarnaque (Presidente)**

**Dr. Adán Alvarado Bernuy (Secretario)**

**Dr. Leocadio Malca Acuña (Miembro)**

**Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas (Miembro)**

**Dr. Pedro José Vertiz Querevalu (Miembro)**

**Tumbes, 2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en  
adultos mayores - centro de atención del Instituto Ecuatoriano de  
Seguridad Social de Cuenca-2014**

**Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido  
y forma**

**Mg. Llaquelina Buenaño Barrionuevo (Ejecutora)**

**Dra. Mirian Noemi Otinino Hurtado (Asesor)**  
**Código ORCID 0000-0001-6717-509X**

**DNIN° 00214712**

**Tumbes, 2021**

# ACTA DE REVISIÓN Y DEFENSA DE TESIS



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES ESCUELA DE POSGRADO


### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS


En Tumbes, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil quince, a las 12.00 horas, en Salon de Sesos de la EPG, se reunieron los miembros del Jurado designados con Resolución Directoral N° 054-2014/UNT-EPG-D conformado por **Dr. NAPOLEON PUÑO LECARNAQUE** Presidente; **Dr. ADAN ALVARADO BERNUY**, Secretario; **Dr. LEOCADIO MALCA ACUÑA**, **Dra. YRENE ESPERANZA URBINA ROJAS** y **Dr. PEDRO JOSE VERTIZ QUEREVALU** – Miembros; para escuchar, deliberar y calificar la exposición y sustentación de la tesis doctoral: **ALTERACIONES BIOSICOSOCIALES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADULTOS MAYORES - CENTRO DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CUENCA - 2014**, presentada por el egresado (a) del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud **LLAQUELINA AMANDA BUENAÑO BARRIONUEVO** asesorada por la **Dra. MIRIAM NOEMI OTINIANO HURTADO** con DNI N° 00214712

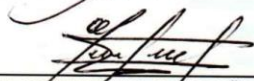
Concluida la exposición y sustentación, absueltas las preguntas y efectuadas las observaciones, lo (a) declaran: Aprobado por Unanimidad con calificativo de Excelente cumpliendo con el requisito de acuerdo al Reglamento de Otorgamiento de Grado de Doctor (a) en la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 12.15 horas, se dio por concluido el acto académico, y dando conformidad se procedió a firmar la presente acta en presencia del público.

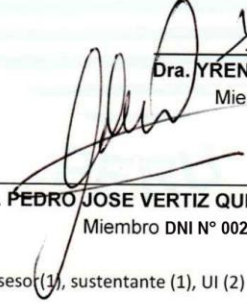
Tumbes, 21 de diciembre de 2015

  
Dr. NAPOLEÓN PUÑO LECARNAQUE  
Presidente DNI N° 00225904

  
Dr. ADAN ALVARADO BERNUY  
Secretario DNI N° 00218736

  
Dr. LEOCADIO MALCA ACUÑA  
Miembro DNI N° 00250560

  
Dra. YRENE ESPERANZA URBINA ROJAS  
Miembro DNI N° 18057623

  
Dr. PEDRO JOSE VERTIZ QUEREVALU  
Miembro DNI N° 00248704

C.c. Jurado de Proyecto de Tesis (5), Asesor(1), sustentante (1), UI (2)

# ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>CAPÍTULO I</b> .....	12
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>1.1. Objetivo general</b> .....	14
<b>1.1.1. Objetivos específicos</b> .....	14
<b>CAPÍTULO II</b> .....	16
<b>2. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	16
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	16
<b>2.2. Bases teórico-científicas</b> .....	20
<b>CAPÍTULO III</b> .....	34
<b>3. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	34
<b>3.1. Localidad y periodo de ejecución</b> .....	34
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	38
<b>4. RESULTADOS y DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>4.1. Resultados</b> .....	38
<b>4.2. Discusión</b> .....	60
<b>CAPÍTULO V</b> .....	66
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	66
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	67
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	67
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	68
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	68
<b>CAPÍTULO V</b> .....	80
<b>8. ANEXOS</b> .....	80

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
Tabla 1: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según características demográficas, Cuenca 2015. ....	38
Tabla 2: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según frecuencia de alteraciones biopsicosociales, Cuenca 2015. ....	39
Tabla 3: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según frecuencia de enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	40
Tabla 4: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según tiempo de evolución de enfermedades crónicas, Cuenca 2015. .	41
Tabla 5: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según antecedentes personales, Cuenca 2015. ....	42
Tabla 6: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según evaluación actual de valores de tensión arterial, glicemia y cintura abdominal, Cuenca 2015. ....	43
Tabla 7: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según adhesión al tratamiento, Cuenca 2015. ....	44
Tabla 8: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y edad, Cuenca 2015. ....	45
Tabla 9: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y género, Cuenca 2015. ....	46
Tabla 10: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de HTA, Cuenca 2015. ....	47
Tabla 11: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de diabetes, Cuenca 2015. ....	48
Tabla 12: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de hiperlipidemia, Cuenca 2015. ....	49
Tabla 13: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de osteoartrosis, Cuenca 2015. ....	50

Tabla 14: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de IAM, Cuenca 2015. ....	51
Tabla 15: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de EPOC, Cuenca 2015. ....	52
Tabla 16: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de ACV, Cuenca 2015. ....	53
Tabla 17: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de malnutrición y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	54
Tabla 18: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de deterioro cognitivo y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	55
Tabla 19: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de depresión y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	56
Tabla 20: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de estrés y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	57
Tabla 21: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de poca red social y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	58
Tabla 22: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de disfuncionalidad familiar y enfermedades crónicas, Cuenca 2015. ....	59

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Página.</b>
Anexo 1: Formulario de recolección de datos .....	80
Anexo 2: Consentimiento informado .....	82
Anexo 3: Índice de KATZ .....	83
Anexo 4: Minimental TEST .....	84
Anexo 5: Escala de depresión geriátrica de Yesavage .....	86
Anexo 6: Lubben Social Network Scale .....	87
Anexo 7: Operacionalización de variables .....	89
Anexo 8: Gráficos complementarios .....	90
Anexo 9: informe de originalidad Turnitin .....	96



## RESUMEN

La frecuencia de enfermedades crónicas es elevada en la población de adultos mayores, esta situación repercute en la integralidad de este grupo etario con alteraciones biológicas, psicológicas y sociales las mismas que se plantearon estudiar en la presente investigación. Se realizó un estudio de corte transversal en 398 adultos mayores del Centro de Apoyo al adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la Ciudad de Cuenca, la recolección de la información se llevó a cabo mediante el uso de un formulario y de test validados para tal efecto, el análisis se realizó en el programa SPSS y se presentan en tablas simples y de contingencia, los indicadores fueron Razón de prevalencia, chi cuadrado de Pearson y el valor de p con el 95% de confianza en todos los casos. La frecuencia de las enfermedades crónicas en esta población fue la siguiente: HTA 50%; diabetes 14,1%; hiperlipidemia 10,1%; osteoartrosis 37,2%; infarto agudo de miocardio 1,3%; EPOC 1,5%; cáncer 1% y ACV con el 2,5%; la alteración más frecuente detectada fue el sobrepeso en el 44,5% de los casos y la alteración menos frecuente fue el deterioro cognitivo con el 3,5%. Únicamente la osteoartrosis y el ACV se relacionaron con depresión y disfuncionalidad familiar respectivamente.

**PALABRAS CLAVE:** Alteraciones biosociales, enfermedades crónicas, adulto mayor

## **ABSTRACT**

The frequency of chronic illnesses is too high in the elders' population, this situation influences in the totality of this vulnerable group with biological, psychological and social alterations the same ones that have been studied in the present research. A cross-section study has been done in 398 elders of the Center of Support to the Elder that belongs to the Ecuadoran Institute of Social Security (IESS) in Cuenca City, the compilation of the information was carried out using certified forms and tests to be able to obtain the best results, the analysis was realized in the SPSS program and they were exhibited in simple tables and contingency tables, the indicators were Prevalence Ratio, chi square of Pearson and P-value with 95 % of confidence in all the cases. The frequency of the chronic illnesses in this population was the following one: high pressure blood 50%; diabetes 14,1%; hyperlipidemia 10,1%; osteoarthritis 37,2%; myocardial infarction 1,3%; COPD 1,5%; cancer 1% y CVA with the 2,5%; the most frequent detected alteration was overweight in 44,5 % of the cases and the least frequent alteration was the cognitive impairment with 3,5 %. Only the osteoarthritis and the CVA were related to depression and familiar malfunction respectively.

**KEYWORDS:** biopsychosocial, alterations, chronic illnesses, elders

## RESUMO

A freqüência de doenças crônicas é alta na população idosa, esta situação afecta a integridade deste grupo etário com biológico, psicológico e social as mesmas que as alterações levantadas neste estudo de pesquisa. Estudo transversal foi realizado em 398 idosos Centro de Apoio aos Idosos do Instituto Equatoriano de Segurança Social na cidade de Cuenca, a coleta de dados foi realizada por meio de um formulário e teste validado para Neste sentido, a análise foi efectuada em SPSS e apresentados em tabelas de contingência simples, os indicadores foram razão de prevalência, qui-quadrado de Pearson eo valor P com 95% de confiança em todos os casos. A freqüência de doenças crônicas nessa população foi a seguinte: hipertensão 50%; 14,1% diabetes; hiperlipidemia 10,1%; OA 37,2%; infarto agudo do miocárdio de 1,3%; DPOC 1,5%; cancro e acidente vascular cerebral 1% a 2,5%; a alteração mais freqüente detectado foi excesso de peso em 44,5% dos casos e alteração menos freqüente foi o declínio cognitivo para 3,5%. Apenas osteoartrite e acidente vascular cerebral foram associados com a depressão e disfunção familiar, respectivamente.

**PALAVRAS-CHAVES:** transtornos biopsicossociais, doenças crônicas, idosos

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor en el Ecuador se estimó en el 6% y el crecimiento es del 1,1% anual con una tendencia al alza de la expectativa de vida que alcanza 73,8 años; con una ligera diferencia en lo que respecta a la expectativa según género siendo mayor ligeramente en el género femenino con 78,2 años; el crecimiento porcentual estimado para los siguientes 17 años es del 6% inicial que ya se ha citado hasta un 9,3%, es decir, el lento proceso de envejecimiento demográfico que venía experimentando la población ecuatoriana como resultado principalmente de la disminución de la fecundidad, se dinamizará y acentuará de una manera importante.<sup>1</sup>

Estos indicadores, no son diferentes a nivel mundial donde la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> prevé que para el año 2050 la población de adultos mayores se duplicará de un 11% hasta el 22%; ahora bien, sumado al aumento de la población adulta mayor hay que considerar que las enfermedades crónicas también tendrán un incremento considerable que ya se vislumbra desde la actualidad, donde, revisando las principales causas de muerte de esta población las cardiopatías, el cáncer y la diabetes abarcan la mayoría de los problemas en salud de las personas mayores.

Los avances en la valoración geriátrica han limitado el estudio de estas patologías crónicas desde la perspectiva segmentaria, es decir, tratan de organizar y analizar al adulto mayor en su integralidad, basándose en que los trastornos de esta población pueden deberse a las patologías crónicas y no solamente ser propias del envejecimiento, esta perspectiva de abordaje es la adecuada sin embargo no se ha establecido en estudios epidemiológicos en una población dada esta integralidad de tal manera que en la investigación aún se mantiene el estudio por

separado de cada enfermedad crónica y cada alteración biopsicosocial; creando una visión separada de la realidad del adulto mayor.

Ante esta situación, y a sabiendas que los adultos mayores son un grupo de riesgo para el desarrollo de patologías y alteraciones biopsicosociales es importante conocer la frecuencia de estas alteraciones y relacionarlas con las enfermedades crónicas, guiándonos en la evaluación geriátrica integral de los adultos mayores.

Las alteraciones bio-psico-sociales se interrelacionan y condicionan la salud del adulto mayor, una evaluación integral de estos componentes conlleva a un tratamiento e intervenciones específicas en esta población, retrasando así la presentación y/o agravamiento de las patologías, siendo este uno de los principales motivos a nivel individual para realizar la investigación, a nivel colectivo la determinación de este tipo de alteraciones permitirá a nivel institucional mejorar los servicios hacia los adultos mayores.

Se formuló el problema en los siguientes términos:

¿Cuál es la prevalencia de las alteraciones biopsicosociales en pacientes adultos mayores y su asociación con factores de riesgo en el Centro de Atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Cuenca?

El estudio se justificó pues no existen estudios similares a nivel regional, la valoración de adulto mayor se ha realizado de manera fragmentaria y destinada con visión únicamente en una parte de la esfera personal y social del adulto mayor, estudios que integren estas esferas contribuirán de mejor manera a diagnosticar e intervenir patologías.

Metodológicamente la investigación se justifica por cuanto permitirá generar una línea de base en cuanto a las patologías biopsicosociales de los adultos mayores; así como la cuantificación del nivel del riesgo de estas afecciones; de esta manera en poblaciones diferentes de adultos mayores se podrá estimar las probabilidades de enfermedad en base a los resultados de esta investigación.

Desde el punto de vista de la salud pública, en la práctica, se justifica porque los resultados de la investigación podrán aplicarse a la implementación de las medidas de prevención y/o control de las patologías detectadas. Las comorbilidades a más de ser un factor estresante condicionan deterioros en los pacientes adultos mayores, no siempre se encuentra únicamente una enfermedad sino varias que afectan al mismo tiempo a esta población; el detectar como estas enfermedades crónicas condicionan un deterioro en la esfera psicológica y social del adulto mayor es importante pues recalca en la necesidad de poner mayor énfasis en los pacientes de riesgo.

La hipótesis de trabajo se planteó de la siguiente manera: la prevalencia de las alteraciones biopsicosociales es alta en pacientes adultos mayores en el Centro de Atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Cuenca y se asocia con la presencia de comorbilidades.

Y los objetivos a desarrollar fueron:

### **1.1. Objetivo general**

Determinar las alteraciones biopsicosociales en adultos mayores y enfermedades crónicas en el Centro de Atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca.

#### **1.1.1. Objetivos específicos**

Identificar la población según edad, género, residencia, ocupación y estado civil de los adultos mayores del el Centro de Atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca:

**a.** Determinar la prevalencia de las siguientes alteraciones: malnutrición, tipo de alimentación, funcionalidad física, deterioro cognitivo, depresión, niveles de estrés, redes sociales de los adultos mayores y funcionamiento familiar en adultos mayores.

**b.** Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores del el Centro de Atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca.

**c.** Determinar la asociación entre las enfermedades crónicas y alteraciones biopsicosociales en adultos mayores con alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas del IESS de la ciudad de Cuenca.

## CAPÍTULO II

### 2. REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. Antecedentes

Las enfermedades crónicas en los adultos mayores presentan diferente distribución, y obviamente han sido motivo de análisis y de estudios epidemiológicos, basándonos en los resultados de Macías y Ruiz<sup>3</sup> en México encontraron que las frecuencias (auto reportadas por los pacientes) fueron las siguientes:

1. Hipertensión arterial 38,3%.
2. Depresión: 34,5%.
3. Diabetes mellitus 14%.
4. Artropatías 17,8%.
5. Demencia senil 4,2%.
6. Infarto agudo de miocardio 3%.
7. Enfermedad cerebro vascular 2,8% y
8. Cáncer 0,9%.

Recalcan que los cambios propios de la fisiología por parte del envejecimiento derivan en una situación de mayor fragilidad de los adultos mayores, y considerando el crecimiento en la población (que se ha citado anteriormente) es evidente que las enfermedades crónicas representarán (si no lo hacen ya en la actualidad) en una de las principales preocupaciones para los servicios de salud.<sup>3</sup>

Específicamente para HTA, en el año 2011 se realizó un estudio en Cuba donde se estableció que la frecuencia de esta patología es del 74,3% (IC 95% 71,7-76,9); siendo el sexo femenino el más frecuentemente afectado, adicionalmente



mencionan que la HTA contribuye con el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con una importante repercusión en el gasto sanitario y en el paciente y su familia.<sup>4</sup>

En Ecuador, en el año 2012, Suarez<sup>5</sup> publica los resultados de su tesis de grado en Guayaquil, encontrando que la frecuencia de HTA es del 51% y es más frecuente en el sexo femenino con el 65%; por otro lado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos<sup>6</sup> publicados en el año 2013 establece que históricamente no ha existido un aumento en la tasa de HTA en el país (tasa de morbilidad) pues paso de 6,20 a 6,83 en un periodo de 5 años; sin embargo en la población adulta mayor se concentra el 52,39% de los casos registrados, y en la población de entre 36-64 años el 40,63%; en lo que hace referencia al género los hombres fueron los más afectados con el 58,14%.

Siguiendo con la revisión, la depresión en los adultos mayores es una patología importante, esto se refleja en los estudios internacionales como el de Von Mühlenbrock y colaboradores<sup>7</sup> quienes en el año 2011 establecen una frecuencia de depresión de 28,12% con un mayor impacto en el sexo masculino con el 51,15%; estos autores también lograron determinar que la depresión depende de factores personales, familiares y sociales; en la Ciudad de Cuenca, Pazán<sup>8</sup> en una población con una media de edad de 72 años se estableció un total de 3,5% (IC 95% 38,6-48,4), en los hombres del 31,5% y en las mujeres del 49,1%; entre los 65-74 años del 40,8% y en los mayores a 74 años del 48,6%; de tal manera que al igual que la HTA es una enfermedad prevalente.

La prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores es variable, Beatón y colaboradores<sup>9</sup> establecieron tras valorar un total de 4865 adultos mayores que la frecuencia de diabetes fue de 23,51% siendo el sexo masculino el más afectado; García<sup>10</sup> en España determinó que la prevalencia de diabetes mellitus va en aumento en los adultos mayores con una frecuencia de más del 20%, añade que los datos actuales son infra estimados, y que la región de Latinoamérica será la más afectada por esta patología en los próximos años, obviamente también serpa afectada por las complicaciones de esta patología.

Crespo<sup>11</sup> en un estudio en la provincia del Cañar (provincia vecina de la provincia del Azuay) determinó que la frecuencia de depresión es del 70%; siendo el sexo femenino el más afectado con el 47,83% y recalando que la depresión lastimosamente en los adultos mayores se relaciona con el entorno personal, familiar y social, por lo tanto es multifactorial, incluso hace una reflexión sobre la interrelación entre otras enfermedades crónicas con la propia depresión, pues los tratamientos largos, el conocer sobre las complicaciones de otras patologías inciden en la esfera psicológica de los adultos mayores.

Álvarez y colaboradores<sup>12</sup> en un estudio con 1747 sujetos determinaron que la frecuencia de artropatías en los adultos mayores fue de 28,5%; además estos autores relacionan directamente estas enfermedades con la limitación funcional para las actividades de la vida diaria ( $p=0,04$ ) encontrando también relación entre patologías que revisaremos posteriormente como EPOC, cardiopatía isquémica y ECV. García<sup>13</sup> en Chile menciona que las artropatías provocan entre el 29 al 41% de las alteraciones en la limitación funcional de los adultos mayores, con una frecuencia del 15,4%; en relación con las otras enfermedades crónicas parece poseer una frecuencia más reducida sin embargo el impacto en la limitación funcional y progresivamente un camino hacia de discapacidad hacen que estas patologías deban ser evaluadas de cerca en los adultos mayores.

Gallegos y colaboradores<sup>14</sup> abordan el tema de la demencia senil que según estos autores puede variar entre un 8,6% y un 8,5%; pudiendo llegar incluso a un 37,4% en adultos mayores de 90 años; ligado a la alta frecuencia de demencia se halla los niveles de dependencia que provoca; un paciente prácticamente con demencia senil, incluso con un nivel leve de deterioro cognitivo, requiere que se le valore más frecuentemente y los cuidados aumentan, motivos por los cuales es una entidad que debería evaluarse desde tempranas edades con el objetivo de poder prevenirla.

Quizhpi y colaboradores<sup>15</sup> en la ciudad de Cuenca en el año 2013, determinaron en una población de adultos mayores que la tasa de demencia es de 24 por cada 1000 adultos mayores (2,4%) con edades entre los 85 años 90 años más frecuentemente (aumenta con la edad), y es más frecuente en el sexo femenino;

aduanalmente estos autores menciona que se relaciona con otras comorbilidades orgánicas (aunque no especifica su relación en específico); por ultimo realizan una reflexión sobre esta realidad y menciona que en la mayoría de los casos se observa asociación entre las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo y/o demencia.

En el año 2011, Bustamante y colaboradores<sup>16</sup> en un estudio en Colombia establecieron que debido a los cambios propios de los adultos mayores existe un déficit o falta de protección frente a las infecciones, de igual manera la acción prolongada de los agentes cancerígenos, el papel que podrían jugar los agentes hormonales y metabólicos; se puede establecer claramente que el riesgo de cáncer en los adultos mayores es elevado; estos autores nuevamente recalcan que las comorbilidades de los adultos mayores juegan en contra del pronóstico, adicionalmente parece ser una interrelación grande la que existe entre todas las afectaciones del adulto mayor, considerándose un error tratar cada una por separado.

En el año 2014, Guapisaca y colaboradores<sup>17</sup> en la ciudad de Cuenca conceptualizan las interrelaciones entre las enfermedades crónicas y las alteraciones psíquicas del adulto mayor, estos autores encuentran una prevalencia de deterioro cognitivo del 56%; pues se encontró que en pacientes con HTA puede alcanzar hasta un 75,5%; en pacientes diabéticos 50%; pacientes con Parkinson 59,8% y pacientes con hipotiroidismo 61,1%; lo que ilustra lo que se ha mencionado con anterioridad: las enfermedades crónicas se interrelacionan y alteran la esfera biopsicosocial del adulto mayor.

La valoración de las enfermedades crónicas y su relación con alteraciones biopsicosociales es elemental si se parte de la integralidad del adulto mayor, de esta manera se puede dilucidar las interrelaciones de las que hemos hablado en los párrafos anteriores, este tipo de estudios no se han realizado anteriormente en la Ciudad de Cuenca, en todos los casos se ha descrito la realidad de los adultos mayores de forma aislada concentrándose en un solo aparato o sistema afectado, de esta manera se procede a presentar el estudio llevado a cabo.

## 2.2. Bases teórico-científicas

### 2.2.1. El envejecimiento

La OMS<sup>18</sup> en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud del año 2015, los cambios que trae consigo el envejecimiento son múltiples, en la esfera biológica los daños moleculares y celulares se van acumulando, los mismos que con el pasar de los años reducen progresivamente las reservas fisiológicas aumentando el riesgo de alteraciones y enfermedades, con el inevitable desenlace: la muerte.

Sin embargo, es importante mantener y conservar la salud de nuestros adultos mayores por los aportes que proporcionan al desarrollo, por lo que deben ser incluidos en toda planificación de salud; dentro de estas acciones se hallan los procesos de investigación; “investigar para los adultos mayores” y no en los adultos mayores es la nueva visión de la investigación.<sup>18</sup>

Alvarado y Salazar<sup>19</sup> en el año 2014, hacen un análisis del concepto de envejecimiento en el mismo colocan que el envejecimiento forma parte de un ciclo de vida desde el momento de la concepción hasta la muerte, sin embargo, es una realidad que aun hoy en día es difícil de aceptar por la colectividad; se puede definir como *“la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad”*

Dentro de las teorías que se han propuesto para explicar sobre cómo se vive hasta la vejez, se explican las siguientes.<sup>19</sup>

1. Teorías biológicas que enfoca su explicación desde un irremediable desgaste de los órganos y sistemas que resulta ser una consecuencia natural del ser humano.

2. Teorías psicológicas que se enfocan en los aspectos de personalidad, cognoscitivos y de las estrategias de manejo.

3. Teorías sociales que abarcan la adaptación adecuada de los adultos mayores en su nuevo contexto social adaptación que también incluye los roles y las nuevas responsabilidades asociadas a su nuevo grupo etario.

Desde la perspectiva de la salud, Berrio<sup>20</sup> gran parte de la actual longevidad de la población se debe a los avances en la medicina (diagnóstico, tratamiento, cirugías, etc.) sin embargo hoy por hoy se convierte en un verdadero reto que involucra un desarrollo aún más rápido de la salud pública, desde la atención primaria hasta las sub especialidades en geriatría, son embargo en la población actual los esfuerzos van destinados a prevenir complicaciones de enfermedades que ya padecen los adultos mayores en un esfuerzo por evitar la dependencia.

Este autor concluye que es importante tener una visión holística del adulto mayor; desde los sistemas de salud y desde la célula primordial de la atención que es el primer contacto con el adulto mayor, conocer sus enfermedades, pero también sus necesidades.<sup>20</sup>

Betancor<sup>21</sup> analiza desde la perspectiva social los nuevos roles de los adultos mayores en la sociedad; menciona que los roles de los adultos mayores deben ser comprendidos desde una realidad diferente a la “postura de auto gratificación compensadora”; para pensar en un rol social activo, con responsabilidad de la colectividad hacia los adultos mayores y del adulto mayor siendo sujeto activo de dicha sociedad; en un intercambio enriquecedor.

En estos párrafos hemos realizado un acercamiento con los criterios del envejecimiento en nuestros días, como dato adicional citamos lo mencionado por Herrera y Guzmán<sup>2</sup> *“la persona adulta mayor debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad”*; bajo esta premisa se debe entender al adulto mayor como un sujeto activo del desarrollo de nuestra sociedad, sin exclusiones y bajo un concepto que es tan difícil de entender que es la calidad de vida; bajo estos conceptos se planteó el estudio de las alteraciones biopsicosociales en los adultos mayores.

### **2.2.2. Evaluación geriátrica integral**

La finalidad de la evaluación geriátrica integral es la de permitir de una manera global una visión de las características de los adultos mayores, escapando de esta manera de la clásica evaluación clínica usualmente llevada a cabo en los consultorios que comprende anamnesis y examen físico; se trata de un proceso diagnóstico evolutivo que barca muchas dimensiones y es interdisciplinario específicamente destinado a identificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales, la finalidad se centra en proveer de herramientas para la planificación individualizada de acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación.<sup>23</sup>

Muñoz y colaboradores<sup>24</sup> en Chile estiman que los componentes de la evaluación geriátrica integral incluyen:

1. Evaluación del nivel de independencia funcional.
2. Evaluación de la funcionalidad.
3. Evaluación del deterioro cognitivo

Sin embargo, también se hace hincapié en la valoración física con estimadores como el estado nutricional, lo social como las redes sociales, un tema relevante que está en auge también es los niveles del estrés en los adultos mayores, más aún si hemos citado que en esta población la depresión, la ansiedad son frecuentes, ya sea por los factores sociales o por las propias enfermedades crónicas.

Cortés y colaboradores<sup>25</sup> mencionan que la evaluación geriátrica integral es una de las formas más razonables de realizar una aproximación al adulto mayor, con la visión centrada en mejorar la calidad de atención (nuevo objetivo de esta evaluación); pasando por alto como hemos mencionado el modelo biomédico de la atención en salud y en su estudio determinaron que la mayor alteración tras la valoración fue la discapacidad que se presentó hasta en el 54% de los casos, seguido de los problemas de nutrición con el 34% y el deterioro cognitivo con el

25%; concluyendo la validez de la evaluación geriátrica integral como herramienta de modificación de la realidad y calidad de vida de los adultos mayores.

Fernández y Estévez<sup>26</sup> en una revisión sistemática del año 2013, menciona que la evaluación geriátrica integral posee los siguientes beneficios:

1. Un mejor diagnóstico basándose en criterios de exactitud.
2. Mejora en los indicadores de funcionalidad y estado cognitivo.
3. Mejor emplazamiento de los pacientes.
4. En casos de hospitalización es menor, y disminuye el riesgo de re hospitalización.
5. Uso más racional de los medicamentos en el adulto mayor.
6. Reducción de la mortalidad.
7. Mejora en el estado emocional y aumento del bienestar.
8. Disminución en los gastos sanitarios de los estados.
9. Mejoramiento del esquema de tratamiento.
10. Planificación más adecuada de las intervenciones a nivel asistencial.
11. Reducción de servicios formales de atención: alarga la permanencia en el domicilio y en la comunidad.

En cuanto a la efectividad, se ha demostrado según estudios que ahorra costos económicos y disminuye la mortalidad haciéndola efectiva y aplicable a nivel global.<sup>26</sup>

Kameyama<sup>27</sup> en su artículo de revisión en el año 2010, resalta la utilidad del uso de test o cuestionarios en la aplicación de la evaluación geriátrica integral, motivo por el cual en este estudio se aplicaron dichos test en pro de una valoración más objetiva de las alteraciones en los adultos mayores; en palabras de este autor *“el uso de instrumentos validados provee de estructura al proceso de evaluación, ayuda a asegurar la consistencia y ofrece un mecanismo para una evaluación periódica. Estos instrumentos manejan un lenguaje común para el equipo de trabajo y los parámetros medibles pueden utilizarse para monitorizar desenlaces”*.

Con base en lo propuesto y revisado, se pasa a determinar los componentes de la evaluación que se ha llevado a cabo en nuestra población.

### **2.2.3. Componentes de la evaluación geriátrica integral**

#### **a. Valoración nutricional**

En la actualidad, con base a lo mencionado por Calderón y colaboradores<sup>28</sup> dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores las enfermedades crónicas ocupan un puesto muy elevado; y estas patologías están directamente relacionadas con el estado nutricional de los adultos mayores, por lo tanto, la relación es directa y es indispensable partir de una valoración nutricional en todo abordaje de análisis integral del adulto mayor.

Calderón y colaboradores<sup>28</sup> en su estudio encontraron que la malnutrición en los adultos mayores es elevada con un 15,3%; riesgo de malnutrición 54,8% y sin riesgo de malnutrición 15,3%; a manera de conclusión estiman que el uso de herramientas de medición o de valoración basados en encuestas podrían estimar más oportunamente el riesgo de malnutrición, incluso antes de los componentes biológicos (peso y talla).

Monsalve y colaboradores<sup>29</sup> en un estudio en la Ciudad de Cuenca encontraron que las alteraciones nutricionales de los adultos mayores son elevadas en nuestra población con un 61,2% de malnutrición que se relacionó directamente con la presentación de enfermedades crónicas: 27,1% presentaron diabetes, 26,4% HTA, 46,51 enfermedades musculo esqueléticas, 20,1% enfermedades del aparato digestivo y 7,8% enfermedades mentales y por último el 33,3% padecían otras enfermedades; lo que es una clara relación entre la esfera nutricional y las enfermedades crónicas.

Encalada<sup>30</sup> en un estudio en la Ciudad de Cuenca encuentra porcentajes similares, con un 63% de malnutrición (este autor incluyó la valoración con IMC); con el grupo de edad más afectado entre los 65 a los 74 años con el 29,8%; también resultaron más afectados los grupos de adultos mayores solteros y de



sexo femenino con el 65,8% y 77,2% respectivamente; se valoró que el 70% de los adultos mayores presentaron obesidad abdominal.

Por último, Quinde y colaboradores<sup>31</sup> demuestran en su estudio en Cuenca en el año 2012 que el sobrepeso también es una realidad en los adultos mayores con el 45% y existe una fuerte asociación con la HTA.

## **b. Niveles de estrés en adultos mayores**

El estrés es un componente que se presenta en todas las personas, específicamente en los adultos mayores por lo general se asume que son pacientes pacíficas y reflexivas pero por otro lado hay que ser conscientes que la vejez es un momento de mayor vulnerabilidad donde existe mayor exposición al estrés por la amplia gama de pérdidas que se hacen presentes, adicionalmente no hay que olvidar a la depresión que es un factor de riesgo para el estrés (por lo general no se separan en la frecuencia de presentación en los adultos mayores).<sup>32</sup>

Acosta<sup>33</sup> en un estudio del año 2011 en Perú, determinó que la frecuencia de estrés en los adultos mayores es del 44% e un nivel medio, 36% en un nivel alto y un 20% en un nivel bajo; lo que muestra que la mayoría de los adultos mayores presentaron niveles de estrés elevados.

Chong<sup>34</sup> establece que el estrés está de la mano con la depresión, y a su vez constituye en una de las factores extrínsecos más relevantes al momento de analizar la situación de salud de los adultos mayores pues afecta desde edades más tempranas y pueden ahondarse los efectos en los adultos mayores; y en cuanto a la relación con las enfermedades crónicas menciona que éstas son factores estresantes, siendo las principales fuentes de estrés en esta edad; sin olvidar también otros estresores como las redes sociales y la dimensión biológica.

La American Psychological Association<sup>35</sup> menciona que el estrés es un factor para la presentación o exacerbación de las enfermedades crónicas, aunque la relación parece ser más hacia el otro sentido es decir las enfermedades crónicas provocan

estrés por el tratamiento, el pronóstico etc., adicionalmente estiman que los niveles de estrés aumentan conforme el tiempo de enfermedad avanza.

### **c. Funcionamiento familiar en el adulto mayor**

Zabala y Domínguez<sup>36</sup> establecen que es difícil hablar únicamente de la funcionalidad familiar por separado pues es un componente de la valoración del adulto mayor que se relaciona con otras situaciones, un solo ejemplo, es evidente que la depresión es un factor siempre presente en la esfera psicológica del adulto mayor de esta manera esta patología puede estar causando disfuncionalidad familiar o a su vez el mal funcionamiento familiar puede causar tristeza en el paciente.

Determinaron estos autores<sup>36</sup> que la disfuncionalidad familiar se presentó hasta en un 14% de las familias de adultos mayores son disfuncionales (graves) y el 35% con disfuncionalidad moderada lo que condiciona que el 34% de los adultos mayores presenten depresión leve, el 34% depresión moderada-grave; y obviamente la relación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar sea significativa; de esta manera nos ilustran estos autores que dentro de la compleja red familiar del adulto mayor es importante revisar las aristas completas, en pro de evidenciar la cauda de disfuncionalidad.

Martínez<sup>37</sup> en un estudio en pacientes con diabetes mellitus encontró que la funcionalidad familiar influye en los cuidados del paciente con diabetes, en su tratamiento y probablemente en su evolución; al parecer un adecuado ambiente familiar potenciará el cauto cuidado y la evolución favorable de la enfermedad, todo lo contrario, en casos de disfunción familiar.

García<sup>38</sup> en un estudio en México exclusivamente llevado a cabo en pacientes hipertensos determinaron que del total de pacientes hipertensos el 65% de ellos presentaron disfuncionalidad familiar; con predominio en el sexo femenino; lo resaltable fue que del total de los pacientes con disfunción familiar el 87,9% presentaron descontrol de su enfermedad (HTA no controlada) también con

predominio en el sexo femenino, concluyendo que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la descompensación del paciente con HTA.

Concha y Rodríguez<sup>39</sup> en un estudio en pacientes diabéticos e hipertensos encontraron que la disfunción familiar aumenta el riesgo de descompensación de patologías crónicas en 24,22 veces (OR como indicador de riesgo) en comparación con los pacientes que presentaron familias funcionales; en porcentaje de estimó que en las familias disfuncionales los pacientes diabéticos se descompensan hasta en un 22%.

#### **d. Deterioro cognitivo**

Tanto el deterioro cognitivo como la demencia representan en la actualidad problemas de salud pública relevantes; la variabilidad en la frecuencia de deterioro cognitivo es grande, se establece un 13% según estudios de Climent y colaboradores<sup>40</sup> además estos autores relacionan directamente esta patología con HTA pues en los pacientes no tratados para HTA la frecuencia de deterioro es de 16% frente a un 11% en pacientes tratados; sin embargo también menciona que los pacientes tratados con antidepresivos la frecuencia de deterioro es del 21% frente al 12% en pacientes no tratados para depresión.

Vallejo<sup>41</sup> en su estudio en el año 2010 estableció que la frecuencia de deterioro cognitivo alcanza el 27% lo que en palabras del autor, es más alto que lo mencionado por la bibliografía que aportan entre un 15% hasta un 20%; aunque recalca que en series específicas puede variar entre un 38,7% hasta un 44%.

López y Calero<sup>42</sup> mencionan que dentro de los predictores para la presentación de deterioro cognitivo cobra importancia la presión sanguínea elevada y el colesterol, recalcando que la presión sanguínea elevada podría considerarse uno de los predictores del deterioro cognitivo en adultos mayores; el evento cerebro vascular es otra patología relacionada directamente con el deterioro cognitivo, concluyendo que aunque el deterioro cognitivo se asocia con cambios estructurales cerebrales que van de la mano con la edad, existen factores de riesgo en el ambiente, personales y familiares que aumentan el riesgo.

Sánchez y colaboradores<sup>43</sup> en un estudio en Cuenca determinaron tras la valoración de 715 adultos mayores que la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 35,4%; encontrado que los factores de riesgo determinantes fueron la edad 60-74 años con el 29%; la diabetes aumenta el riesgo de deterioro en 1,4 veces.

Guapisaca y colaboradores<sup>17</sup> establecieron en 56% lo que resulta ser la más alta encontrada hasta este momento según los estudios revisados; la frecuencia de demencia fue del 17% siendo el sexo femenino el único factor de riesgo estadísticamente significativo; a pesar de recalcar que las enfermedades crónicas juegan un papel preponderante en esta patología.

Ovalle y colaboradores<sup>44</sup> en un estudio en pacientes hipertensos en Colombia en el año 2011, determinaron que la frecuencia de deterioro cognitivo fue de 4,6% para el nivel leve, 3,5% para el nivel moderado y en 1,4% para el nivel severo; sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo y la HTA, diabetes, dislipidemia y enfermedades tiroideas.

Una relación que se ha estudiado es la de la depresión y el deterioro cognitivo; Durán y colaboradores<sup>45</sup> en el año 2013 demostraron esta relación (correlación negativa) con un 3,9% de depresión leve; 25% depresión establecida y un 41,7% de deterioro cognitivo.

#### **e. Depresión**

*“La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los Adultos Mayores uno de los grupos más vulnerables”.*<sup>46</sup>

Según la OMS<sup>47</sup> a nivel mundial más del 20% de los adultos mayores poseen algún trastorno mental, específicamente para la depresión la cifra llega hasta un 3,8%; aduanalmente hay que recordar que uno de los principales factores de riesgo para depresión es la presencia de enfermedades crónicas como la HTA, diabetes, cardiopatías entre otras, por último, los adultos mayores también son más susceptibles a maltrato lo que condiciona aún más su frágil situación.

En pacientes hipertensos, Dois y Cazenave<sup>48</sup> encontraron que la frecuencia de depresión en los adultos mayores hipertensos es alta con los siguientes valores: 52,45% depresión leve; 33,33% depresión moderada y el 14,21% depresión severa, concluyendo que la depresión posee tasas de presentación más altas en las poblaciones que poseen enfermedades físicas en las cuales el pronóstico es malo o no se establece como la HTA:

Molina y Mogrovejo<sup>49</sup> en un estudio sobre la relación entre la diabetes y la HTA encontraron que la prevalencia de Diabetes fue de 47,7% y de HTA de 37,4% y un 14,8% de presentación de ambas patologías; en estas poblaciones la frecuencia de depresión fue de 81,4% siendo el grado moderado el más prevalente; en los pacientes con HTA la frecuencia de depresión fue de 78,7% y en los pacientes con diabetes fue de 83%; mientras que en la población que tenía ambas patologías alcanzó un 82,9%.

Chávez y colaboradores<sup>50</sup> en el año 2010, en México determinaron que en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas la frecuencia de depresión es el 56,8%; con un mayor número de pacientes con depresión cuando las 2 enfermedades (HTA y Diabetes) se presentan al mismo tiempo; en los pacientes hipertensos fue del 25,5%.

Navarrete<sup>51</sup> en el año 2014 la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos e hipertensos fue del 42,6%, se relaciona con el control de estas 2 patologías, concluyendo que la depresión es más elevada en pacientes diabéticos y en hipertensos que en la población general y aumenta con la edad, resultados similares a otros estudios.

#### **f. Redes sociales**

Dentro del proceso de cambio y de adaptación del adulto mayor a sus nuevos roles, tratando de llegar a la auto eficiencia existen factores que pueden influir, uno de estos factores es la red de apoyo social (redes sociales); esta red social incluye diferentes componentes como el tamaño de la red, los integrantes que forman parte de la familia, el apoyo emocional, apoyo material, instrumental o

informativo, de esta manera una red social es: *la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad*".<sup>52</sup>

Serrani<sup>53</sup> menciona que en los adultos mayores el apoyo social recibido es vital para comprender la presentación de alteraciones psicológicas como la depresión, que es uno de los mayores problemas relacionados con una red social insuficiente ya sea de familiares o cuidadores.

Las redes de apoyo social son un concepto complejo y multidimensional de los contactos sociales, relaciones, roles sociales, recursos y actividades; son complejas, frágiles y de naturaleza evolutiva, por lo que evaluarlas puede ser difícil. El apoyo puede ser formal o informal. Las redes sociales informales involucran a familiares, amigos y vecinos que no reciben una compensación económica por su trabajo; ellos proveen apoyo social, financiero y en las actividades diarias. La salud y el bienestar del adulto mayor y del cuidador están unidos. Niveles altos de dependencia traen consigo una carga enorme al cuidador. La sobrecarga, la negligencia y el abuso son posibles consecuencias de las cargas grandes al cuidador. Preguntar al cuidador sobre estrés, sobrecarga, enojo y culpa es útil. Una trabajadora social puede ayudar a identificar programas útiles para el cuidador estresado: grupos de apoyo, programas de respiro, cuidados diurnos y auxiliares contratados.<sup>26, 54</sup>

#### **g. Valoración funcional**

En el año 2015, Bejines y colaboradores<sup>55</sup> mencionan que los procesos degenerativos que se ligan a la morbilidad como enfermedades crónicas y la edad son las principales causas de discapacidad en los adultos mayores; aproximadamente un 80% de los casos de discapacidad se relacionan con la edad y las enfermedades crónicas; en su estudio estos autores demostraron que el 28,8% de los adultos mayores presentaron dependencia leve, 14,4% dependencia moderada y el 18% dependencia severa y 10,8% de dependencia total.

Álvarez y colaboradores<sup>56</sup> citan que la evaluación funcional de los adultos mayores en las diferentes edades es el resultante de la interacción de los elementos netamente de índole biológico, psicológicos y sociales, estos autores mencionan que esta valoración es el más fiel de los reflejos de la integralidad del adulto mayor a lo largo de todo el envejecimiento.

García<sup>57</sup> definen la funcionalidad como la capacidad de un individuo para poder llevar una vida independiente, adaptándose a los distintos problemas que plantea la cotidianidad. Segovia y Torres<sup>58</sup> añaden al respecto que *“la función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales”*

Muñoz y colaboradores<sup>59</sup> en el 2015 determinaron que en una población de adultos mayores con una media de edad de 84,4 años la frecuencia de dependencia severa fue del 45% con una importante interrelación entre los niveles cognitivos y la dependencia funcional.

Cervantes y colaboradores<sup>60</sup> en un estudio en España tras realizar una valoración integral del adulto mayor encontraron que la dependencia funcional en todas las actividades de la vida diaria fue del 14,3%; concomitantemente encontraron que la desnutrición fue del 37%; deterioro de las actividades instrumentales 29% y 48% de recursos sociales medianamente deteriorados.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Adulto mayor:** persona que tenga 65 años o más, se le puede realizar una clasificación adicional basándonos en lo estimado por la OMS, de esta manera los pacientes entre los 65-74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o más de 90 años longevos.<sup>61</sup>

**Envejecimiento:** *“la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o*

*sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad*<sup>19</sup> La CEPAL<sup>62</sup> además añade que este proceso es consecuencia de la evolución de los componentes del cambio demográfico (considerándose la fecundidad y la mortalidad).

**Evaluación geriátrica integral:** se trata de una herramienta que es importante aplicarla para la práctica clínica, permite identificar en cualquier nivel de atención de salud las necesidades del paciente adulto mayor, siendo los principales beneficios de esta evaluación la reducción de la variabilidad de la práctica médica y el análisis de la dependencia funcional lo que a su vez se convierte en otra herramienta que permite planificar estrategias de intervención articuladas entre distintos niveles de decisión médica.<sup>63</sup>

**Estado nutricional:** es el estado de crecimiento o el nivel de micronutrientes en un individuo, el mismo que puede ser valorado mediante un examen nutricional que incluye la antropometría o el uso de herramientas validadas como los cuestionarios nutricionales; dentro de la antropometría se usa el IMC (Índice de masa corporal) que se calcula con la masa corporal en kilogramos dividida entre la estatura en metros cuadrados.<sup>64</sup>

**Estrés:** sensación de agobio, preocupación y agotamiento, aunque también se le conoce como *“experiencia emocional molesta que venga acompañada de cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales predecibles.”*<sup>65</sup>

**Funcionalidad familiar:** es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.<sup>66</sup> Dentro de las herramientas para la valoración se halla el APGAR familiar, esta herramienta muestra como percibieron los miembros de la familia el nivel de funcionamiento familiar en una forma global, esto obviamente incluye a los niños, esta herramienta valora:

- a. Adaptación.
- b. Participación.
- c. Gradiente de recurso personal,
- d. Afecto y



e. Recursos<sup>67</sup>

**Deterioro cognitivo:** situación clínica que cumpa, con los siguientes criterios:

1. La persona es normal, no presenta demencia.
2. Evidencia de un deterioro cognitivo demostrado por un declinar subjetivo referido por el paciente y/o un informador, junto a los déficits en las pruebas cognitivas objetivas, y/o un declinar cognitivo a lo largo del tiempo cuantificado objetivamente mediante test neuropsicológicos.
3. Las actividades de la vida diaria están intactas y las funciones instrumentales complejas también o mínimamente afectadas. <sup>68</sup>

Dentro de las herramientas para la valoración del deterioro cognitivo se halla el Mini mental test; que ha sido validado para el uso en Latinoamérica.<sup>69</sup>

**Depresión:** es un trastorno del humor, que se constituye por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los afectivos como tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.<sup>70</sup>

Una de las herramientas para la valoración de depresión se halla la Escala de Yesavage que ha sido validada por autores como Bacca y colaboradores<sup>71</sup> con un índice de confiabilidad de la escala de 0,72.

**Independencia funcional:** es el desempeño de las tareas de cuidado personal sin ninguna clase de supervisión, dirección o asistencia personal activa.<sup>72</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Localidad y periodo de ejecución.**

El estudio se llevó a cabo en la Ciudad de Cuenca, Provincia del Azuay, específicamente en la población de adultos mayores del Centro de Apoyo al Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El periodo de ejecución fue de septiembre del año 2014 hasta junio del año 2015.

#### **3.2. Tipo de diseño de investigación**

El tipo de diseño de la investigación fue descriptivo, transversal de prevalencia.

#### **3.3. Población, muestreo y muestra**

##### **Población**

Según los registros del Centro de Apoyo al Adulto Mayor de la Ciudad de Cuenca se encuentran aproximadamente 2 000 adultos mayores incluidos.

##### **Muestra**

La muestra estuvo constituida 561 pacientes adultos mayores.

##### **Muestreo**

Para el cálculo del tamaño de muestra se aplicó la fórmula de relación de proporciones siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Dónde: **n**, tamaño de muestra; **p**, proporción de la población que se espera posea alguna alteración en las escalas de medición (80%); **q**, complemento del 100% (1-**p** = 20%); **Z**, desviación normal, los valores más usados para (1- $\alpha$ ) 0,95 para  $Z_{\alpha/2}$ , o sea  $Z_{0,025} = 1,96$ ; y **E**, es el error porcentual que varía de 1% a 5%, para el caso se toma **E**=3%. Con el apoyo del paquete estadístico EPIDat se efectúa el cálculo.

Por tanto, efectuando los cálculos respectivos, el total de mediciones fue n=510 pacientes. Sin embargo, tras la realización de la socialización se incluyeron 398 adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

### **3.4. Materiales y métodos**

#### **Método**

##### **1. Recolección de la información:**

- a. Aprobación de este proyecto de investigación por parte de las autoridades de la Universidad de Tumbes y del Centro de Apoyo al Adulto Mayor.
- b. Elaboración de cuestionarios e instrucción en el manejo de las herramientas, las herramientas que se van usar son reconocidas a nivel internacional y su validación se ha llevado a cabo a nivel sudamericano haciéndolas viables para su aplicación en nuestra población.
- c. Revisión de listado y aleatorización de los sujetos a incluir en el estudio.
- d. Programación de las valoraciones.
- e. Consentimiento informado por parte de los pacientes.
- f. Valoraciones mediante un proceso estructurado de entrevista.

##### **2. Del procesamiento y análisis de la información:**

- a. Recolección de datos descripta.

- b. Codificación de la información en una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

### **Técnicas**

- a. Socialización del proyecto de investigación.
- b. Sensibilización de la población participante.
- c. Entrevista con la población seleccionada aleatorizadamente.

### **Instrumentos:**

- a. Formulario de recolección de datos (Anexo 1)
- b. Herramienta de valoración de funcionalidad: Índice de Katz (Anexo 3)
- c. Minimental Test (Anexo 4).
- d. Escala de evaluación de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 6)
- e. Lubben Social Network Scale (Anexo 7).
- f. Historia clínica individual de los pacientes.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Este proceso siguió el siguiente orden:

1. Digitalización de la información en el programa estadístico SPSS versión 15 que es de libre acceso.
2. Revisión de la información ingresada y corrección de posibles errores de digitación.
3. El análisis comprendió 2 fases, a saber:
  - a. Fase descriptiva con el uso de tablas simples y porcentajes para la caracterización de la población, así como de los resultados de los distintos test que se usaron.
  - b. Fase analítica: en esta fase se usaron tablas cruzadas que incluían las variables dependientes es decir los resultados de los test y las enfermedades crónicas, se usó para valorar la asociación el estadístico chi cuadrado de

Pearson, para medir el riesgo la razón de prevalencias y para la significancia estadística el valor de  $p$ ; en todos los casos con un 95% de confianza.

Las variables se pueden revisar en el Anexo 8.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados

Tabla 1: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según características demográficas, Cuenca 2015.

Característica	n=398	%=100
<b>Edad*</b>		
65-74 años	288	72,4
75-84 años	96	24,1
Más de 85 años	14	3,5
<b>Género</b>		
Femenino	299	75,1
Masculino	99	24,9
<b>Ocupación</b>		
Jubilado	261	65,9
Quehaceres domésticos	112	28,1
Otra ocupación	25	6
<b>Estado civil</b>		
Casado/a	191	48
Viudo/a	122	30,7
Soltero/a	47	11,8
Divorciado/a	38	9,5

\*  $\bar{X}$ : 71,52 años

Desviación estándar: 6,05 años.

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

La Tabla 1 indica la distribución de los adultos mayores según sus características demográficas, la media de edad se ubicó en 71,52 años con el grupo de entre 65-74 años siendo el más preponderante con el 72,4%; mientras que el género femenino representó el 75,1% del total lo que en proporción significaría que de cada 4 pacientes 3 fueron mujeres.

Los jubilados representaron el 65,9% en lo que hace referencia a su ocupación, también existieron pacientes que se dedican a los quehaceres domésticos con el 28,1% y en la categoría se agruparon otras ocupaciones con menor porcentaje que en total sumaron el 6%; por último, en el 48% de los casos los pacientes fueron casados siendo éste el estado civil más frecuente.

**Tabla 2: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según frecuencia de alteraciones biopsicosociales, Cuenca 2015.**

Valoración		n=398	%=100
<b>BIOLÓGICA</b>			
<b>Estado nutricional</b>	Sobrepeso	177	44,5
	Normal	150	37,7
	Obesidad	68	17,1
	Bajo peso	3	0,8
<b>Alimentación</b>	Adecuada	219	55
	Inadecuada	179	45
<b>Funcionalidad</b>	Sin incapacidad	398	100
<b>PSICOLÓGICA</b>			
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	14	3,5
	Sin deterioro	384	96,5
<b>Depresión</b>	Sin depresión	347	87,2
	Depresión leve	42	10,6
	Depresión marcada	9	2,3
<b>Estrés</b>	Ha pasado el limite	211	53
	Excesivo estrés	90	22,6
	Normal	84	21,1
	Demasiado estrés	13	3,3
<b>SOCIAL</b>			
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	230	57,8
	Poca red social	85	10,6
	Mucha red social	83	20,9
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	340	85,4
	Moderadamente disfuncional	34	8,5
	Severamente disfuncional	24	6

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

En la Tabla 2 se indica los hallazgos en las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que se investigaron; en lo que hace referencia a la nutrición de los pacientes la alteración más representativa fue el sobrepeso con el 44,5%; con igual porcentaje se hallaron los adultos mayores con dieta inadecuada; no se

reportaron casos de incapacidad funcional, El deterioro cognitivo se presentó en el 3,5% de los casos y fue leve; la depresión tuvo una frecuencia de 10,6% leve y 2,3% depresión marcada; en el 53% de los casos los niveles de estrés del adulto mayor han sobrepasado el límite, En la valoración social se encontró que el 57,8% de los adultos mayores poseen bastante red social y en la valoración familiar el 6% de los adultos mayores poseen familias severamente disfuncionales.

**Tabla 3: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según frecuencia de enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

<b>Patología</b>	<b>n=398</b>	<b>%=100</b>
<b>Hipertensión arterial</b>		
Presente	199	50
Ausente	199	50
<b>Diabetes</b>		
Presente	56	14,1
Ausente	342	85,9
<b>Hiperlipidemia</b>		
Presente	40	10,1
Ausente	358	89,9
<b>Osteoartrosis</b>		
Presente	148	37,2
Ausente	250	62,8
<b>Infarto agudo de miocardio</b>		
Presente	5	1,3
Ausente	393	98,7
<b>Enfermedad</b>		
Presente	6	1,5
Ausente	392	98,5
<b>Cáncer</b>		
Presente	4	1
Ausente	394	99
<b>Accidente cerebrovascular</b>		
Presente	10	2,5
Ausente	388	97,5
<b>Otra patología</b>		
Si	213	53,5
No	185	46,5

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.



En la Tabla 3 la frecuencia de enfermedades crónicas es elevada, aunque varía dependiendo del tipo; la patología más frecuente encontrada fue la HTA con el 50% y la menos frecuente el cáncer con el 1%; en la categoría otra patología se agruparon las demás enfermedades, de las cuales la más frecuente fue el hipotiroidismo con 52 casos lo que engloba el 13,1% de los casos.

El tiempo de evolución de las enfermedades se puede evaluar en la siguiente tabla:

**Tabla 4: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según tiempo de evolución de enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

<b>Enfermedad</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típ.</b>
HTA	11,977	9,9873
Diabetes	11,402	8,5596
Hiperlipidemia	6,050	7,3944
Osteoartrosis	7,872	8,2829
IAM	11,20	9,121
EPOC	10,00	8,075
Cáncer	2,000	2,1213
ACV	6,100	4,2740

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Los puntajes medios del tiempo de evolución de las enfermedades crónicas revelaron que la HTA es la de mayor tiempo de presentación con una media de 11,9 años; seguido de la diabetes con 11,4 años; aunque el infarto agudo de miocardio presentó una media de 11,2 años, aunque la frecuencia baja de esta patología hace que este resultado no sea considerado para obtener conclusiones.

**Tabla 5: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según antecedentes personales, Cuenca 2015.**

<b>Antecedente</b>	<b>n=398</b>	<b>%=100</b>
<b>Actividad física</b>		
Adecuada	372	93,5
No adecuada	13	3,3
No realiza	13	3,3
<b>Fuma</b>		
Si	23	5,8
No	375	94,2
<b>Consume alcohol</b>		
Si	48	12,1
No	350	87,9
<b>Pertenencia a agrupaciones sociales</b>		
Si	174	43,7
No	224	56,3
<b>Antecedentes familiares de enfermedades crónicas</b>		
Si	161	40,5
No	237	40,5

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

La Tabla 5 indica los antecedentes de los adultos mayores, en lo que hace referencia al sedentarismo se encontró que llega a un 3,3%; el consumo de alcohol un 12,1% y en un porcentaje menor con un 5,8% los adultos mayores fumaban; se evaluó también la pertenencia a agrupaciones sociales en el 43,7% de los casos la respuesta fue afirmativa; en el 43,7% de los casos se encontró que los adultos mayores tenían antecedentes familiares de enfermedades crónicas.

**Tabla 6: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según evaluación actual de valores de tensión arterial, glicemia y cintura abdominal, Cuenca 2015.**

<b>Evaluación</b>	<b>n=398</b>	<b>%=100</b>
<b>Tensión arterial sistólica</b>		
Elevada	31	7,8
Normal	363	91,2
Baja	4	1
<b>Tensión arterial diastólica</b>		
Elevada	14	3,5
Normal	380	95,5
Baja	4	1
<b>Valoración de cintura abdominal</b>		
Valor de riesgo	211	53
Normal	187	47
<b>Glicemia en ayunas</b>		
	<b>n=196</b>	<b>%=100</b>
Elevada	74	37,8
Normal	122	62,2

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

En la Tabla 6 se pudo encontrar que en el caso de la presión arterial sistólica estaba descompensada (alterada) en el 7,8% de la población, el 3,5% de los adultos mayores presentaron valores de presión arterial diastólica elevados. En el caso de la glicemia se logró realizar el examen en 196 adultos mayores (la imposibilidad de acudir en ayunas de la totalidad de adultos mayores generó esta discordancia en los valores de glicemia); en esta población el 37,8% poseía niveles elevados de glicemia. En el 53% de los adultos mayores se encontró valores de cintura abdominal considerada de riesgo.

**Tabla 7: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según adhesión al tratamiento, Cuenca 2015.**

<b>Evaluación</b>	<b>n=398</b>	<b>%=100</b>
<b>Alimentación</b>		
Nunca	14	3,5
Ocasionalmente	92	23,1
Siempre	292	73,4
<b>Ejercicio</b>		
Nunca	6	1,5
Ocasionalmente	71	17,8
Siempre	321	80,7
<b>Medicación</b>		
Nunca	2	0,5
Ocasionalmente	26	6,5
Siempre	370	93
<b>Controles médicos</b>		
Nunca	1	0,3
Ocasionalmente	31	7,8
Siempre	366	92
<b>Valoración global</b>		
Adecuado	340	85,4
No adecuado	5	1,3
Riesgo	53	13,3

Fuente: Formulario de recolección de la información.

La Tabla 7. Dentro de la valoración de los adultos mayores en el cumplimiento de las indicaciones médicas se evidenció que la indicación que menos adherencia tuvo en la población fue la alimentación adecuada que Nunca es cumplida en el 3,5% de los adultos mayores; tras la valoración global de todos los indicadores se estableció que el 13,3% de los adultos mayores se presentan en situación de riesgo y el 1,3% no cumple adecuadamente las indicaciones médicas para su enfermedad crónica.

**Tabla 8: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y edad, Cuenca 2015.**

Valoración	Edad						X <sup>2</sup>	p	
	65-74 años		75-84 años		85 años y más				
	n	%	n	%	n	%			
<b>BIOLÓGICA</b>									
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	2	66,7	0	0	1	33,3	10,29	0,11
	Normal	112	74,7	35	23,3	3	2		
	Obesidad	50	73,5	16	23,5	2	2,9		
	Sobrepeso	124	70,1	45	25,4	8	4,5		
<b>Alimentación</b>	Adecuada	131	73,2	42	23,5	6	3,4	0,11	0,94
	Inadecuada	157	71,7	54	24,7	8	3,7		
<b>PSICOLÓGICA</b>									
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	5	35,7	6	42,9	3	21,4	18,03	<b>0,00</b>
	Sin deterioro	283	73,7	90	23,4	11	2,9		
	Depresión leve	23	54,8	15	35,7	4	9,5		
<b>Depresión</b>	Depresión marcada	7	77,8	2	22,2	0	0	9,66	<b>0,04</b>
	Sin depresión	258	74,4	79	22,8	10	2,9		
<b>Estrés</b>	Demasiado estrés	10	76,9	2	15,4	1	7,7	5,98	0,42
	Excesivo estrés	64	71,1	21	23,3	5	5,6		
	Ha pasado el límite	154	73	49	23,2	8	3,8		
	Normal	60	71,4	24	28,6	0	0		
<b>SOCIAL</b>									
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	169	73,5	52	22,6	9	3,9	4,58	0,33
	Mucha red social	64	77,1	18	21,7	1	1,2		
	Poca red social	55	64,7	26	30,6	4	4,7		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	250	73,5	78	22,9	12	3,5	2,84	0,58
	Moderadamente disfuncional	24	70,6	9	26,5	1	2,9		
	Severamente disfuncional	14	58,3	9	37,5	1	4,2		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

La Tabla 8. La valoración nutricional según edad demostró que las alteraciones nutricionales como el bajo peso, obesidad y sobrepeso fueron más prevalentes en la población de entre 64-74 años; el bajo peso no se presentó en la población de entre 75-84 años y un 33,3% en los adultos mayores de mayor edad; parecido comportamiento presentó el tipo de alimentación inadecuada que se presentó en el 71,7% en los adultos mayores de menor edad, el deterioro cognitivo(leve) fue más frecuente en la población de entre 75-84 años con el 42,9%; mientras que la depresión marcada se presentó en un 77,8% en los adultos mayores de entre 65-74 años; la valoración del estrés en todos sus niveles tuvo como la población más afectada la población más joven; Los adultos mayores con poca red social en el

64,7% de los casos tenían entre 65-74 años y por último en los adultos mayores con familias severamente disfuncionales el 58,3% tenían entre 65-74 años y el 37,5% entre 75-84 años; Analizando la asociación de las valoraciones según edad se encontró que únicamente la valoración del deterioro cognitivo y de depresión fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), en los demás casos no se encontró asociación.

**Tabla 9: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y género, Cuenca 2015.**

Valoración	Género				X <sup>2</sup>	p	
	Femenino		Masculino				
	n	%	n	%			
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	3	100	0	0	13,3	<b>0,004</b>
	Normal	104	69,3	46	30,7		
	Obesidad	62	91,2	6	8,8		
<b>Alimentación</b>	Sobrepeso	130	73,4	47	26,6	3,07	0,07
	Adecuada	142	79,3	37	20,7		
	Inadecuada	157	71,7	62	28,3		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	11	78,6	3	21,4	0,09	0,76
	Sin deterioro	288	75	96	25		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	31	73,8	11	26,2	0,07	0,96
	Depresión marcada	7	77,8	2	22,2		
<b>Estrés</b>	Sin depresión	261	75,2	86	24,8	0,98	0,8
	Demasiado estrés	10	76,9	3	23,1		
	Excesivo estrés	70	77,8	20	22,2		
	Ha pasado el limite	159	75,4	52	24,6		
	Normal	60	71,4	24	28,6		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	180	78,3	50	21,7	6,32	<b>0,04</b>
	Mucha red social	64	77,1	19	22,9		
	Poca red social	55	64,7	30	35,3		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	252	74,1	88	25,9	1,34	0,51
	Moderadamente disfuncional	28	82,4	6	17,6		
	Severamente disfuncional	19	79,2	5	20,8		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Según sexo se encontró que todas las alteraciones que se analizaron se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino: encontrando asociación estadísticamente significativa entre la valoración del estado nutricional y las redes sociales con el género de los pacientes ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 10: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de HTA, Cuenca 2015.**

Valoración	HTA				X <sup>2</sup>	p	
	Presente		Ausente				
	n	%	n	%			
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	1	33,3	2	66,7	4,9	0,17
	Normal	67	44,7	83	55,3		
	Obesidad	41	60,3	27	39,7		
<b>Alimentación</b>	Sobrepeso	90	50,8	87	49,2	6,34	<b>0,01</b>
	Adecuada	77	43	102	57		
	Inadecuada	122	55,7	97	44,3		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	10	71,4	4	28,6	2,66	0,1
	Sin deterioro	189	49,2	195	50,8		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	27	64,3	15	35,7	4,66	0,09
	Depresión marcada	3	33,3	6	66,7		
	Sin depresión	169	48,7	178	51,3		
<b>Estrés</b>	Demasiado estrés	7	53,8	6	46,2	1,55	0,67
	Excesivo estrés	49	54,4	41	45,6		
	Ha pasado el limite	105	49,8	106	50,2		
	Normal	38	45,2	46	54,8		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	126	54,8	104	45,2	7,42	<b>0,02</b>
	Mucha red social	31	37,3	52	62,7		
	Poca red social	42	49,4	43	50,6		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	170	50	170	50	0,28	0,86
	Moderadamente disfuncional	18	52,9	16	47,1		
	Severamente disfuncional	11	45,8	13	54,2		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Tabla 10. Las siguientes alteraciones se presentaron con mayor frecuencia en la población con hipertensión arterial: obesidad con el 60,3%; sobrepeso con el 50,8%; deterioro cognitivo 71,4%; depresión leve 64,3%; demasiado y excesivo estrés con el 53,8% y 54,4% respectivamente y pertenecer a familias moderadamente disfuncionales con el 52,9%; encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el tipo de alimentación y las redes sociales del adulto mayor con HTA.

**Tabla 11: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de diabetes, Cuenca 2015.**

	Valoración	Diabetes				X <sup>2</sup>	p
		Presente		Ausente			
		n	%	n	%		
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	0,99	0,8
	Normal	21	14	129	86		
	Obesidad	8	11,8	60	88,2		
	Sobrepeso	27	15,3	150	84,7		
<b>Alimentación</b>	Adecuada	34	19	145	81	6,52	<b>0,01</b>
	Inadecuada	22	10	197	90		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	0	0	14	100	2,37	0,12
	Sin deterioro	56	14,6	328	85,4		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	8	19	34	81	2,35	0,3
	Depresión marcada	0	0	9	100		
<b>Estrés</b>	Sin depresión	48	13,8	299	86,2	6,92	0,07
	Demasiado estrés	0	0	13	100		
	Excesivo estrés	10	11,1	80	88,9		
	Ha pasado el limite	38	18	173	82		
	Normal	8	9,5	76	90,5		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	37	16,1	193	83,9	2,95	0,22
	Mucha red social	7	8,4	76	91,6		
	Poca red social	12	14,1	73	85,9		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	45	13,2	295	86,8	1,52	0,46
	Moderadamente disfuncional	7	20,6	27	79,4		
	Severamente disfuncional	4	16,7	20	83,3		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Tabla 11. La alteración nutricional más frecuente en los pacientes diabéticos fue el sobrepeso con el 15,3%; sin embargo del total de pacientes con alimentación inadecuada el 10% tenían diabetes en comparación con el 19% de pacientes con alimentación adecuada; Del total de pacientes con deterioro cognitivo, ninguno presentó diabetes; mientras que del total de pacientes diabéticos el 19% tuvo depresión leve; el 18% de adultos mayores que han pasado el límite de estrés tenían diabetes, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre la alimentación y la diabetes, en los demás casos los resultados no fueron estadísticamente significativos.



**Tabla 12: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de hiperlipidemia, Cuenca 2015.**

	Valoración	Hiperlipidemia				X <sup>2</sup>	p
		Presente		Ausente			
		n	%	n	%		
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	4,47	0,21
	Normal	21	14	129	86		
	Obesidad	6	8,8	62	91,2		
	Sobrepeso	13	7,3	164	92,7		
<b>Alimentación</b>	Adecuada	17	9,5	162	90,5	0,11	0,74
	Inadecuada	23	10,5	196	89,5		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	2	14,3	12	85,7	0,28	0,59
	Sin deterioro	38	9,9	346	90,1		
	Depresión leve	4	9,5	38	90,5		
<b>Depresión</b>	Depresión marcada	2	22,2	7	77,8	1,51	0,46
	Sin depresión	34	9,8	313	90,2		
	Demasiado estrés	1	7,7	12	92,3		
<b>Estrés</b>	Excesivo estrés	12	13,3	78	86,7	1,5	0,68
	Ha pasado el limite	20	9,5	191	90,5		
	Normal	7	8,3	77	91,7		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	20	8,7	210	91,3	5,07	0,07
	Mucha red social	6	7,2	77	92,8		
	Poca red social	14	16,5	71	83,5		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	37	10,9	303	89,1	1,83	0,4
	Moderadamente disfuncional	2	5,9	32	94,1		
	Severamente disfuncional	1	4,2	23	95,8		

Fuente: Formulario de recolección de la información.

La frecuencia de hiperlipidemia fue mayor en los siguientes grupos poblacionales, adultos mayores con obesidad 8,8%; con alimentación inadecuada 10,5%; con deterioro cognitivo con el 14,3%; con depresión marcada 22,2%; excesivo estrés 13,3%; con poca red social 16,5% y con familias moderadamente disfuncionales con el 5,9%; en ninguna de las valoraciones se encontró asociación estadística con la dislipidemia.

**Tabla 13: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de osteoartrosis, Cuenca 2015.**

	Valoración	Osteoartrosis				X <sup>2</sup>	p
		Presente		Ausente			
		n	%	n	%		
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	1,97	0,57
	Normal	55	36,7	95	63,3		
	Obesidad	27	39,7	41	60,3		
	Sobrepeso	66	37,3	111	62,7		
<b>Alimentación</b>	Adecuada	54	30,2	125	69,8	6,8	0,009
	Inadecuada	94	42,9	125	57,1		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	5	35,7	9	64,3	0,01	0,9
	Sin deterioro	143	37,2	241	62,8		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	21	50	21	50	7,09	0,02
	Depresión marcada	6	66,7	3	33,3		
	Sin depresión	121	34,9	226	65,1		
<b>Estrés</b>	Demasiado estrés	6	46,2	7	53,8	8,83	0,03
	Excesivo estrés	43	47,8	47	52,2		
	Ha pasado el limite	65	30,8	146	69,2		
	Normal	34	40,5	50	59,5		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	88	38,3	142	61,7	0,54	0,76
	Mucha red social	28	33,7	55	66,3		
	Poca red social	32	37,6	53	62,4		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	123	36,2	217	63,8	1,05	0,59
	Moderadamente disfuncional	15	44,1	19	55,9		
	Severamente disfuncional	10	41,7	14	58,3		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

La presencia de osteoartrosis fue mayor en la población con obesidad con el 39,7%; en los adultos mayores con dieta inadecuada 42,9%; En la población deterioro cognitivo se presentó en un 35,7%; un 66,7% en la población con depresión marcada y un 47,8% en los adultos mayores con excesivo estrés. Esta enfermedad se presentó en el 37,6% de la población con poca red social y en el 44,1% de familias moderadamente disfuncionales, en ninguno de los casos existió asociación estadísticamente significativa entre la osteoartrosis y las alteraciones.

**Tabla 14: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de IAM, Cuenca 2015.**

	Valoración	Infarto agudo de miocardio				X <sup>2</sup>	p
		Presente		Ausente			
		n	%	n	%		
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	0,75	0,85
	Normal	1	0,7	149	99,3		
	Obesidad	1	1,5	67	98,5		
<b>Alimentación</b>	Sobrepeso	3	1,7	174	98,3	0,05	0,82
	Adecuada	2	1,1	177	98,9		
	Inadecuada	3	1,4	216	98,6		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	0	0	14	100	0,18	0,66
	Sin deterioro	5	1,3	379	98,7		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	0	0	42	100	7,61	<b>0,02</b>
	Depresión marcada	1	11,1	8	88,9		
	Sin depresión	4	1,2	343	98,8		
<b>Estrés</b>	Demasiado estrés	0	0	13	100	1,19	0,75
	Excesivo estrés	1	1,1	89	98,9		
	Ha pasado el limite	2	0,9	209	99,1		
	Normal	2	2,4	82	97,6		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	3	1,3	227	98,7	1,88	0,39
	Mucha red social	0	0	83	100		
	Poca red social	2	2,4	83	97,6		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	5	1,5	335	98,5	0,86	0,64
	Moderadamente disfuncional	0	0	34	100		
	Severamente disfuncional	0	0	24	100		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Al analizar esta tabla se debe considerar la baja frecuencia de antecedentes de infarto agudo de miocardio (5 casos); este antecedente fue más frecuente en los adultos mayores con depresión marcada con el 11,1% siendo el porcentaje más representativo; y justamente la única alteración que se asoció con el antecedente de IAM fue la depresión con  $p=0,02$ .

**Tabla 15: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de EPOC, Cuenca 2015.**

	Valoración	EPOC				X <sup>2</sup>	p
		Presente		Ausente			
		n	%	n	%		
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	1,79	0,61
	Normal	2	1,3	148	98,7		
	Obesidad	0	0	68	100		
	Sobrepeso	4	2,3	173	97,7		
<b>Alimentación</b>	Adecuada	2	1,1	177	98,9	0,33	0,56
	Inadecuada	4	1,8	215	98,2		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	0	0	14	100	0,22	0,63
	Sin deterioro	6	1,6	378	98,4		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	0	0	42	100	0,89	0,63
	Depresión marcada	0	0	9	100		
	Sin depresión	6	1,6	341	98,3		
<b>Estrés</b>	Demasiado estrés	0	0	13	100	4,1	0,24
	Excesivo estrés	3	3,3	87	96,7		
	Ha pasado el limite	1	0,5	210	99,5		
	Normal	2	2,4	82	97,6		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	5	2,2	225	97,8	2,04	0,36
	Mucha red social	1	1,2	82	98,8		
	Poca red social	0	0	85	100		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	5	1,5	335	98,5	1,66	0,43
	Moderadamente disfuncional	0	0	34	100		
	Severamente disfuncional	1	4,2	23	95,8		

Fuente: Formulario de recolección de la información.

En la población que presentó excesivo estrés la frecuencia de EPOC fue de 3,3% siendo éste el resultado más significativo, a nivel familiar en los adultos mayores con familias severamente disfuncionales la frecuencia de EPOC fue de 4,2%; en ninguno de los casos existió asociación entre las alteraciones evaluadas y la presentación de EPOC.

**Tabla 16: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según valoración biopsicosocial y presencia de antecedente de ACV, Cuenca 2015.**

Valoración	ACV				X <sup>2</sup>	p	
	Presente		Ausente				
	n	%	n	%			
<b>BIOLÓGICA</b>							
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	0	0	3	100	0,83	0,84
	Normal	5	3,3	145	96,7		
	Obesidad	1	1,5	67	98,5		
<b>Alimentación</b>	Sobrepeso	4	2,3	173	97,7	2,59	0,1
	Adecuada	7	3,9	172	96,1		
	Inadecuada	3	1,4	216	98,6		
<b>PSICOLÓGICA</b>							
<b>Deterioro cognitivo</b>	Deterioro leve	0	0	14	100	0,37	0,54
	Sin deterioro	10	2,6	374	97,4		
<b>Depresión</b>	Depresión leve	3	7,1	39	92,9	4,25	0,11
	Depresión marcada	0	0	9	100		
<b>Estrés</b>	Sin depresión	7	2	340	98	1,52	0,67
	Demasiado estrés	0	0	13	100		
	Excesivo estrés	2	2,2	88	97,8		
	Ha pasado el limite	7	3,3	204	96,7		
	Normal	1	1,2	83	98,8		
<b>SOCIAL</b>							
<b>Escala de redes sociales</b>	Bastante red social	5	2,2	225	97,8	0,52	0,76
	Mucha red social	3	3,6	80	96,4		
	Poca red social	2	2,4	83	97,6		
<b>Funcionamiento familiar</b>	Familia funcional	6	1,8	334	98,2	5,67	0,059
	Moderadamente disfuncional	2	5,9	32	94,1		
	Severamente disfuncional	2	8,3	22	91,7		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

La frecuencia de ACV fue más elevada en la población que presentó depresión leve con el 7,1% y en los adultos mayores con familias severamente disfuncionales con el 8,3%; en ninguno de los casos existió asociación estadísticamente significativa entre las alteraciones biopsicosociales y la presentación de ACV.

**Tabla 17: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de malnutrición y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración nutricional		RP (IC 95%)	p
	Malnutrición	Normal		
	n	n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	132	67	1,1(0,9-1,3)	0,09
Sin HTA	116	83		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	35	21	1(0,8-1,2)	0,97
Sin diabetes	213	129		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	19	21	0,7(0,5-1)	0,04
Sin hiperlipidemia	229	129		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	93	55	1,01(0,8-1,1)	0,86
Sin osteoartrosis	155	95		
<b>IAM</b>				
Con IAM	4	1	1,2(0,8-1)	0,41
Sin IAM	244	149		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	4	2	1,07(0,6-1,8)	0,82
Sin EPOC	244	148		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	3	1	1,2(0,6-2,1)	0,59
Sin cáncer	245	149		
<b>ACV</b>				
Con ACV	5	5	0,7(0,4-1,4)	0,41
Sin ACV	243	145		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Se analiza la influencia de las enfermedades crónicas en la malnutrición entendida como cualquier alteración de la normalidad en el proceso de ingesta y uso de los nutrientes; de esta manera encontramos que ninguna de las patologías en estudio alteran o se asocian con la malnutrición en esta población ( $p > 0,05$ ); analizando el riesgo tampoco se evidenció que existiera un riesgo estadísticamente significativo (Razón de prevalencias significativa) para HTA; en tal virtud se puede concluir que en esta población las enfermedades crónicas no modifican o condicionan un estado nutricional dado en adultos mayores.

**Tabla 18: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de deterioro cognitivo y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración con MMT		RP (IC 95%)	p
	Deterioro cognitivo	Normal		
	n	n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	10	189	2,5(0,7-7,8)	0,1
Sin HTA	4	195		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	0	56	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin diabetes	14	328		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	2	38	1,4(0,3-6,4)	0,59
Sin hiperlipidemia	12	346		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	5	143	0,9(0,3-2,7)	0,9
Sin osteoartrosis	9	241		
<b>IAM</b>				
Con IAM	0	5	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin IAM	14	379		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	0	6	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin EPOC	14	378		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	0	4	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin cáncer	14	380		
<b>ACV</b>				
Con ACV	0	10	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin ACV	14	374		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Ninguna de las enfermedades crónicas que se han estudiado se asociaron con la presentación de deterioro cognitivo, tampoco fueron un factor de riesgo estadísticamente significativo; en la mayoría de los casos no fue posible calcular el estimador de riesgo (arazón de prevalencias) pues se encontraron celdas de la tabla con frecuencia de cero.

**Tabla 19: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de depresión y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración de depresión		RP (IC 95%)	p
	Con depresión	Normal		
	n	n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	30	169	1,4(0,8-2,4)	0,17
Sin HTA	21	178		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	8	48	1,1(0,5-2,2)	0,72
Sin diabetes	43	299		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	6	34	1,1(0,5-2,6)	0,66
Sin hiperlipidemia	45	313		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	27	121	<b>1,5(1,1-2)</b>	<b>0,01</b>
Sin osteoartrosis	24	226		
<b>IAM</b>				
Con IAM	1	4	1,5(0,2-9,2)	0,62
Sin IAM	50	343		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	0	6	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin EPOC	51	341		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	1	3	1,9(0,3-10,9)	0,46
Sin cáncer	50	344		
<b>ACV</b>				
Con ACV	3	7	2,4(0,9-6,4)	0,09
Sin ACV	48	340		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

De todas las enfermedades crónicas que se investigaron la única que se asoció con depresión fue la osteoartrosis, además se encontró que los pacientes con osteoartrosis tienen 1,5 veces más riesgo de depresión que los pacientes sin osteoartrosis.



**Tabla 20: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de estrés y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración del estrés		RP (IC 95%)	p
	Con estrés	Normal		
	n	n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	161	38	1(0,9-1,1)	0,32
Sin HTA	153	46		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	48	8	1,1(0,9-1,2)	0,17
Sin diabetes	266	76		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	33	7	1,05(0,9-1,22)	0,55
Sin hiperlipidemia	281	77		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	114	34	0,9(0,8-1,07)	0,48
Sin osteoartrosis	200	50		
<b>IAM</b>				
Con IAM	3	2	0,7(0,3-1,5)	0,29
Sin IAM	311	82		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	4	2	0,8(0,4-1,4)	0,45
Sin EPOC	310	82		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	4	0	1,27(1,20-1,33)	0,29
Sin cáncer	310	84		
<b>ACV</b>				
Con ACV	9	1	1,1(0,9-1,4)	0,38
Sin ACV	305	83		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Ninguna de las enfermedades crónicas que se evaluaron se asoció con la presentación de estrés, tampoco se logró determinar un riesgo estadísticamente para estrés en esta población de adultos mayores.

**Tabla 21: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de poca red social y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración		RP (IC 95%)	p
	Poca red social n	Adecuada red social n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	42	157	0,9(0,6-1,4)	0,9
Sin HTA	43	156		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	44	12	0,9(0,8-1,1)	0,9
Sin diabetes	269	73		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	26	14	0,8(0,6-1,02)	<b>0,02</b>
Sin hiperlipidemia	287	71		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	116	32	0,9(0,8-1,1)	0,92
Sin osteoartrosis	197	53		
<b>IAM</b>				
Con IAM	3	2	0,7(0,3-1,5)	0,3
Sin IAM	310	83		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	6	0	1,27(1,21-1,3)	0,19
Sin EPOC	307	85		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	3	1	0,9(0,5-1,6)	0,85
Sin cáncer	310	84		
<b>ACV</b>				
Con ACV	8	2	1,01(0,7-1,3)	0,91
Sin ACV	305	83		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Únicamente la variable hiperlipidemia se asoció con la valoración de las redes sociales de los adultos mayores, sin embargo, esta asociación no se manifestó en un riesgo estadísticamente significativo.

**Tabla 22: Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según riesgo de disfuncionalidad familiar y enfermedades crónicas, Cuenca 2015.**

Valoración	Valoración según APGAR		RP (IC 95%)	p
	Disfuncionalidad familiar	Funcionalidad familiar		
	n	n		
<b>HTA</b>				
Con HTA	29	170	1(0,6-1,6)	1
Sin HTA	29	170		
<b>Diabetes</b>				
Con diabetes	11	45	1,4(0,7-2,5)	0,24
Sin diabetes	47	295		
<b>Hiperlipidemia</b>				
Con hiperlipidemia	3	37	0,4(0,1-1,4)	0,18
Sin hiperlipidemia	55	303		
<b>Osteoartrosis</b>				
Con osteoartrosis	25	123	1,2(0,7-2,06)	0,31
Sin osteoartrosis	33	217		
<b>IAM</b>				
Con IAM	0	5	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin IAM	58	335		
<b>EPOC</b>				
Con EPOC	1	5	1,1(0,1-6,9)	0,88
Sin EPOC	57	335		
<b>Cáncer</b>				
Con cáncer	0	4	No corresponde calculo por frecuencia cero	
Sin cáncer	58	336		
<b>ACV</b>				
Con ACV	4	6	<b>2,8(1,2-6,3)</b>	<b>0,02</b>
Sin ACV	54	334		

**Fuente:** Formulario de recolección de la información.

Únicamente los antecedentes de ACV se asociaron con la presentación de disfuncionalidad familiar; y el poseer este antecedente aumenta el riesgo de disfuncionalidad en 2,8 veces en comparación con la población que no poseía este antecedente.

## 4.2. Discusión

Los adultos mayores, como se ha citado, son una población que es numerosa y aumenta progresivamente, en este grupo etario las enfermedades crónicas se hacen presentes ya sea como resultado del propio envejecimiento y/o de la suma de agresiones durante toda la vida, estas patologías pueden condicionar alteraciones en la esfera biológica, psicológica y social; ya sea por la propia enfermedad o por las complicaciones o secuelas de las mismas; para la autora de este trabajo de investigación investigar esta relación entre las patologías crónicas y las alteraciones biopsicosociales fue relevante y los resultados se han puesto a consideración en el capítulo V; a continuación se realizan reflexiones sobre la realidad encontrada con base en la comparación con otras investigaciones.

Partiendo de un análisis del historial clínico de los pacientes se determinó que la enfermedad crónica más frecuente fue la HTA con una frecuencia de 50%, es decir 1 de cada 2 adultos mayores del centro de Apoyo del IESS en la Ciudad de Cuenca es Hipertenso; Macías y Ruiz<sup>3</sup> en México se establece que la prevalencia de hipertensión arterial es del 38,3%; un porcentaje menor al reportado en nuestra población; sin embargo como se he mencionado estos valores son muy relativos, pues depende de la serie que se investigue y poder establecer una frecuencia de HTA; por ejemplo en Cuba<sup>4</sup> se ha establecido que la HTA puede llegar a 74,3% (IC 95% 71,7-76,9) y en la Ciudad de Guayaquil fue del 51% según Suarez<sup>5</sup> lo que en comparación con nuestros resultados se podría concluir que la HTA se halla entre los rangos establecidos para otros estudios.

En segundo lugar en frecuencia de estas enfermedades fue para la osteoartrosis con el 37,2%; esta enfermedades en los adultos mayores presentan siempre frecuencias elevadas tal es el caso de Álvarez y colaboradores<sup>12</sup> que encontraron una frecuencia de artropatías del 28,5% en un estudio de 1747 adultos mayores; si bien es cierto la frecuencia es mayor a la reportada por estos autores hay que recalcar (al igual que en otras patologías) que la variabilidad entre las poblaciones es grande pues los factores de riesgo para la presentación también abarca un abanico grande de posibilidades, de esta manera se contrastan los resultados con otros estudios.

La tercera enfermedad crónica en frecuencia en nuestra población fue la diabetes con el 14,1%; se puede evidenciar de entrada que existe una diferencia importante con relación a la HTA; si comparamos este dato con el de Macías y Ruiz<sup>3</sup> podríamos mencionar que es menor pues estos autores situaron la prevalencia de diabetes en 34,5%; incluso la llegaron a situar en los primeros lugares, por encima de HTA; esta situación no se replicó en este estudio; Beatón y colaboradores<sup>9</sup> situaron la frecuencia en 23,51% y García<sup>10</sup> en un 20%; entre estos estudios y los resultados encontrados en nuestros adultos mayores la frecuencia de diabetes fue menor; lo que visibiliza la variabilidad de esta enfermedad según la localización geográfica.

Las demás enfermedades crónicas presentaron frecuencias menores, como la hiperlipidemia con el 10,1%; y con porcentajes menores al 5% el infarto agudo de miocardio, cáncer y accidente cerebro vascular. Como resultado de todo lo mencionado se halla que las enfermedades crónicas en la población estudiada se encuentran dentro de los rangos establecidos en la bibliografía, con una ligera diferencia entre la HTA y las demás enfermedades pues fue la enfermedad crónica más prevalente.

Dentro de la valoración nutricional de los adultos mayores se estableció que el 44,5% de éstos pacientes tenía sobrepeso, el 17,1% obesidad y el 0,8% bajo peso dando un resultado global de malnutrición de 62,3%; este porcentaje es elevado si se compara con los resultados de Calderón y colaboradores<sup>(28)</sup> quienes establecieron que el 15,3% de la población de adultos mayores poseen ya establecido una malnutrición; pero también estos autores menciona que existe un 54,8% de adultos mayores que poseen riesgo de malnutrición; esta variaciones en los criterios de clasificación pueden ser el motivo de las diferencias entre nuestra realidad y la del estudio citado.

Monsalve y colaboradores<sup>29</sup> en cambio establece en la Ciudad de Cuenca que la malnutrición es del 61,2%; aduanalmente se encontró que las enfermedades crónicas se encuentran directamente ligadas con la malnutrición; en lo que respecta a la frecuencia de malnutrición se observa que es elevada al igual que

en nuestro estudio, es más la diferencia porcentual es mínima; sin embargo en lo que respecta a la relación con las enfermedades crónicas en nuestro estudio ninguno de las patologías crónicas se asociaron con la presentación de malnutrición (RP y P no significativos); sin embargo es evidente desde la perspectiva de la clínica que las enfermedades crónicas influyen en el estado nutricional de los adultos mayores, a pesar de que estadísticamente no se determinó significancia desde la practica estas patologías deben considerarse al momento de analizar la malnutrición.

La alimentación inadecuada se presentó en el 45% de los pacientes; esta situación parece ser contradictoria, pues como hemos mencionado la mayoría de los adultos mayores posee HTA o Diabetes que son entidades nosológicas en las que se requiere un cuidado especial y riguroso en lo que hace referencia a la nutrición, en todo caso, este hallazgo es importante desde la perspectiva de nuestra investigación pues en los casos de alimentación inadecuada se remitió a un nutricionista para la corrección de estas alteraciones.

Otro hallazgo llamativo en nuestra población fue que no se presentaron casos de incapacidad, pues tras la valoración del Índice de Katz en el 100% de los adultos mayores se presentaron puntajes que indicaron ausencia de incapacidad; esta situación era previsible si tomamos en cuenta que se trata de adultos mayores que acudían voluntariamente y de manera autónoma al centro de apoyo, sin embargo no se esperaba que no existiera ningún nivel de incapacidad; en todo caso es un hallazgo satisfactorio se pudo comprobar que todos los adultos mayores a pesar de sus patologías crónicas y las alteraciones biopsicosociales encontradas.

Dentro del análisis del estado mental con el uso de la herramienta Min mental test, se encontró una prevalencia de deterioro leve de 3,5%; esta alteración también es variable depende mucho de los factores de riesgo y obviamente de la propia individualidad de los adultos mayores, Climent y colaboradores<sup>(40)</sup> establecieron una prevalencia de 13%; lo que es superior a nuestro hallazgo, estos autores también encontraron una fuerte asociación entre el deterioro cognitivo y la HTA con un 16% en hipertensos; en nuestro estudio no se encontró

asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las patologías crónicas que hemos estudiado y el deterioro cognitivo.

Vallejo<sup>(41)</sup> establece una frecuencia de deterioro cognitivo aun mayor con el 27%; lo que resulta ser casi 10 veces mayor a lo encontrado en nuestra población; e incluso da unos valores de varianza entre un 38,7% hasta un 44%; lo que también resulta llamativo pues en nuestra población es mucho menor a lo reportado; estas diferencias podrían deberse a que en la mayoría de los casos el deterioro cognitivo se asocia con la edad y en nuestra población el grupo más frecuente de adultos mayores fue el de edades entre los 65-74 años es decir el grupo de menor edad; de esta manera se podría explicar la baja frecuencia; en los otros estudios citados incluyeron pacientes de mayor edad lo que aumentaría su prevalencia.

López y Calero<sup>42</sup> estimaron que la HTA y la hipercolesterolemia son factores de riesgo directos para la presentación de deterioro cognitivo; aunque estadísticamente no se logró demostrar asociación entre estas patologías y nuestra población es evidente que fisiopatológicamente es razonable esta asociación por lo que se debe considerar estas asociaciones de aquí en adelante en los adultos mayores para su control (de las enfermedades) y la valoración constante de las capacidades cognitivas.

La frecuencia de depresión tras la valoración mediante el test de Yesavage fue de 12,9% con una distribución de 10,6% para depresión en un nivel leve y de un 2,3% para depresión ya establecida; el porcentaje de depresión que hemos encontrado si lo comparamos con lo establecido por la OMS<sup>(47)</sup> que establece que a nivel mundial la frecuencia es del 20% (para trastornos mentales) en adultos mayores se nota que es menor, específicamente para depresión es del 3,8% en comparación con nuestra prevalencia es los adultos mayores de nuestro estudio es mayor a la reportada a nivel mundial.

Específicamente en pacientes hipertensos, Dois y Cazenave<sup>48</sup> encontraron que la frecuencia de depresión en los adultos mayores hipertensos es alta con los siguientes valores: 52,45% depresión leve; 33,33% depresión moderada y el 14,21% depresión severa; en nuestra población no se encontraron valores tan

elevados y tampoco se logró determinar que la HTA sea un factor de riesgo influyente en la depresión. Es evidente que toda patología crónica trae consigo presión y tristeza a los pacientes, en nuestra población únicamente la osteoartrosis se asoció significativamente con depresión; adicionalmente a esto se halló que los pacientes con osteoartrosis presentan un riesgo aumentado en 1,5 veces de depresión en comparación adultos mayores con otras patologías.

Chávez y colaboradores<sup>50</sup> en el año 2010, en México determinaron que en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas la frecuencia de depresión es el 56,8%; es evidente que estos pacientes presentarán índices elevados de depresión; lo que se ha demostrado también en nuestro estudio; Bordón<sup>73</sup> menciona que la depresión en los pacientes con enfermedades reumáticas como la artritis trae consigo la presencia de dolor constante, adicionalmente que presenta niveles de invalidez e incluso la propia naturaleza de la enfermedad aumentan el riesgo de trastornos depresivos; lo que se ha demostrado en este estudio.

Los niveles de estrés no adecuados en total sumaron el 78,9% de la población estratificado de la siguiente manera; estrés en un nivel que ha sobrepasado el límite 53%; excesivo estrés 22,6% y demasiado estrés 3,3%; Acosta<sup>33</sup> en un estudio del año 2011 en Perú, determinó que la frecuencia de estrés en los adultos mayores es del 44% e un nivel medio, 36% en un nivel alto y un 20% en un nivel bajo; lo que indica que casi la totalidad de los adultos mayores poseen algún nivel de estrés, esta situación no se replicó en nuestra población donde el 21,1% tenía un resultado normal (estrés normal).

Ninguna de las enfermedades crónicas que se evaluaron presentó asociación estadísticamente significativa con el estrés, lo que indica que si bien es cierto las patologías y el estrés tuvieron porcentajes elevados de presentación no se asociaron, atribuyendo probablemente que los pacientes ha asimilado adecuadamente su enfermedad, esto va de la mano con la frecuencia de depresión que fue baja; esto en conjunto hace pensar en un correcto manejo de la enfermedad desde la esfera psicológica de los adultos mayores.



Zabala y Domínguez<sup>36</sup> determinaron que la disfuncionalidad familiar se presentó hasta en un 14% de las familias de adultos mayores son disfuncionales (graves) y el 35% con disfuncionalidad moderada lo que condiciona que el 34% de los adultos mayores presenten depresión leve, el 34% depresión moderada-grave; esta realidad en nuestra población no fue tan extrema pues se encontró un 8,5% de disfuncionalidad moderada y 6% de disfuncionalidad severa.

Las familias de los adultos mayores de este estudio al parecer presentan un alto nivel de funcionamiento adecuado, lo que es importante para los pacientes pues como menciona Martínez<sup>37</sup> un adecuado ambiente familiar potenciará el cauto cuidado y la evolución favorable de la enfermedad, todo lo contrario en casos de disfunción familiar; aquí es preciso mencionar que las redes sociales de los adultos mayores también juegan un papel importante en el transcurso de su vida en nuestro estudio únicamente los pacientes con hiperlipidemia presentaron asociación con poca red social lo que no parece ser un resultado aplicable en el abordaje de estos pacientes pues no se trata de un aislamiento por deformidades o por invalidez más parece ser un aislamiento social propio de estos pacientes.

A manera de reflexión global se puede mencionar que si somos específicamente centrados en los datos estadísticos se ha establecido poca relación entre las enfermedades crónicas y las alteraciones biopsicosocial, sin embargo, desde la perspectiva de la clínica es importante destacar la elevada frecuencia de estas enfermedades, no así de las alteraciones encontradas con el uso de los test.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES

1. Se estudió una población de 398 adultos mayores con una media de edad de 71,52 años; en el 75,1% de los casos la población fue de sexo femenino, de ocupación jubilado en el 65,9% de los casos y de estado civil casado en el 48%.

2. La frecuencia de alteraciones biopsicosociales fue la siguiente:

- a. En la valoración nutricional: sobrepeso 44,5%; obesidad 17,1% y bajo peso 0,8%; en el 45% de los casos la alimentación fue inadecuada.
- b. La valoración psicológica reveló que el deterioro cognitivo es del 3,5% en todos los casos fue leve; la depresión marcada se presentó en el 2,3% y depresión leve 10,6%; los niveles de estrés excesivos fueron del 22,6%.
- c. La valoración social reveló que el 10,6% de los adultos mayores presentaron poca red social y en el 6% de los casos las familias de los adultos mayores fueron severamente disfuncionales.

3. La frecuencia de las enfermedades crónicas en esta población fue la siguiente: HTA 50%; diabetes 14,1%; hiperlipidemia 10,1%; osteoartrosis 37,2%; infarto agudo de miocardio 1,3%; EPOC 1,5%; cáncer 1% y ACV con el 2,5%.

4. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las siguientes enfermedades crónicas y alteraciones biopsicosociales:

- a. La presencia de osteoartrosis aumenta el riesgo de depresión en 1,5 veces (IC 95% 1,2-2).
- b. La presencia de antecedente de accidente cerebro vascular aumenta el riesgo de disfuncionalidad familiar en 2,8 (IC 95% 1,2-6,3) veces.
- c. En los demás casos ninguna enfermedad crónica se asoció con la presentación de alteraciones biopsicosociales.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda la evaluación integral del adulto mayor, las valoraciones recurrentes podrán determinar un mejor abordaje en términos de calidad y precocidad del diagnóstico de alteraciones bio psico sociales.
2. Se recomienda el uso de escalas en el abordaje de los adultos mayores.
3. Mayor control de la HTA que es la enfermedad crónica más frecuente y se asocia con trastornos biológicos.
4. Abordaje familiar de los adultos mayores, en virtud de que aún persiste la disfuncionalidad familiar.
5. Este estudio crea nuevas interrogantes, por lo que se recomienda plantear nuevas investigaciones en este grupo poblacional de adultos mayores con la finalidad de aumentar el conocimiento del impacto de las enfermedades crónicas en los mismos.

## CAPÍTULO VII

### 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. Diciembre 2008. Disponible en: [http://www.sni.gob.ec/c/document\\_library/get\\_file?uuid=1455e34f-091c-452b-84c4-9b033f9a1f8c&groupId=10156](http://www.sni.gob.ec/c/document_library/get_file?uuid=1455e34f-091c-452b-84c4-9b033f9a1f8c&groupId=10156)
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Macías O, Ruiz F. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. BIOFARBO v.18 n.2 La Paz dic. 2010. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632010000200008&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632010000200008&script=sci_arttext)
4. Rodríguez J, Laucerique T, Noriega L, et al. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Trabajos originales. Rev cubana med vol.50 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300003&script=sci_arttext)
5. Suarez M. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Sub Centro de Salud Reyna del Quinche periodo de Enero a Diciembre del 2008. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. 2012. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1149/1/TESIS%20PREVALENCIA%20HIPERTENSION%20ARTERIAL.pdf>

6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Revista Análisis. Revista Coyuntural- Octava edición. Abril 2013. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
7. Von Mühlenbrock F, Gómez R, González M, et al. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Artículo de investigación. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49(4): 331-337. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
8. Pazán N. Factores asociados a depresión en adultos mayores, Distrito 01D01- Salud, Cuenca, 2014. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21281>
9. Beatón Y, García L, Couso C, et al. Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 en adultos mayores de un policlínico. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/1108/445>
10. García J. Prevalencia e incidencia de Diabetes Mellitus en el anciano. ALMA, Salamanca, 2012. Disponible en: [http://www.almageriatria.info/pdf\\_files/salamanca/alumnos\\_1/Incidencia%20y%20prevalencia%20DM%20en%20el%20anciano.pdf](http://www.almageriatria.info/pdf_files/salamanca/alumnos_1/Incidencia%20y%20prevalencia%20DM%20en%20el%20anciano.pdf)
11. Crespo J. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. Universidad de Cuenca. Escuela de Medicina. 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>

12. Álvarez J, Esperón R, Herrera G, et al. Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. Revista Medigraphic 2007. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=9176>
13. García P. Evaluación de pacientes adultos mayores con artrosis que reciben terapia convencional en atención primaria y cumplimiento del objetivo sanitario. Universidad de Chile. 2013. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114017/garcia\\_pa.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114017/garcia_pa.pdf?sequence=1)
14. Gallegos M, Flores Q, Castillo R, et al. Demencia en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriátría de México. 2013. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/X\\_demencia\\_am.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/X_demencia_am.pdf)
15. Quizhpi M, Tigre M, vera G. Prevalencia de demencia en pacientes adultos mayores atendidos en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20318/1/Tesis.pdf>
16. Bustamante L, Marín S, Cardona D. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 17-25. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a03.pdf>.
17. Guapisaca D, Guerrero J, Idrovo P. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf>

18. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).
19. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos vol.25 no.2 Madrid jun. 2014. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200002&script=sci_arttext).
20. Berrio M. Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. RevColombAnestesiol. 2012;40:192-4 - Vol. 40 Núm.03. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/envejecimiento-poblacion-un-reto-salud/articulo/90149436/>.
21. Betancor A. Integración de adultos mayores, el rol social y la perspectiva intergeneracional en programas educativos. Uruguay. 2010. Disponible en: [http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa\\_1\\_Betancor.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Betancor.pdf)
22. Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 65-76. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90361761&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=60&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361761pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361761&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=60&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361761pdf001.pdf).
23. Castañeda S. Valoración geriátrica integral. Revista Medicina Interna. Volumen 19, Suplemento No. 01-2015. Disponible en: <http://asomigua.org/wp-content/uploads/2015/08/articulo-3-Suplemento-Geriatria-Vol-1-2015.pdf>

24. Muñoz A, Rojas P, Marzuca G. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Artículo de Revisión. RevMed Chile 2015;143:612-618. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>
25. Cortés A, Villarreal E, Galicia L, et al. Cross sectional geriatric assessment of Mexican older people. RevMed Chile 2011; 139: 725-731. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext)
26. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos vol.24 no.1 Madrid mar. 2013. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002)
27. Kameyama L. Valoración geriátrica integral. Revisión Punto de vista. Revista El residente. Vol. V Número 2-2010: 55-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>
28. Calderón M, Ibarra F, García J, et al. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Nutr. Hosp. v.25 n.4 Madrid jul.-ago. 2010. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000400021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000400021&script=sci_arttext)
29. Monsalve M, Quintanilla G, Trujillo M. Situación nutricional de los Adultos Mayores que habitan en las residencias de acogida Miguel León y Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca – 2011. Universidad de Cuenca. Escuela de Nutrición y dietética. 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3876>
30. Encalada L. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores institucionalizados, Cuenca-Ecuador, 2007. Revista de la Facultad



- de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2007. Disponible en:  
[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20385/1/Lorena%20En calada.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20385/1/Lorena%20En%20calada.pdf).
31. Quinde A, Vásquez M, Cordero K. Valoración del estado nutricional e intervención dietética en adultos hipertensos del área número 2 Barrial Blanco, Cuenca período 2011-2012. Universidad de Cuenca. Escuela de Nutrición y Dietética. 2012. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3863>.
32. Hernández Z, Romero E. Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios. Un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana*, vol. 18, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 56-68 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936007.pdf>.
33. Acosta R. Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2011. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3151/1/Acosta\\_nr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3151/1/Acosta_nr.pdf).
34. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Temas de actualidad. Biblioteca Virtual de Salud. La Habana Cuba*. 2012. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_2\\_12/mgi09212.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm).
35. American Psychological Association. Sistema de salud se queda corto al atender manejo del estrés. EEUU. 2013. Disponible en:  
<http://www.apa.org/news/press/releases/2013/02/manejo-del-estres.aspx>.
36. Zabala M, Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Trabajo original.

- PSICOGERIATRÍA 2010; 2(1): 41-48. Disponible en:  
[http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201\\_0041\\_0048.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf).
37. Martínez P. Funcionalidad familiar y diabetes. Universidad del Azuay. Facultad de Medicina. 2010. Disponible en:  
[http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/UV-50\\_small.pdf](http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/UV-50_small.pdf).
38. García R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada. Universidad de Colima. Instituto Mexicano de Medicina Familiar. México 2007. Disponible en:  
[http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Ricardo\\_Garcia\\_Lopez.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf).
39. Concha M, Rodríguez C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, Vol. 19(1): 41-50, 2010. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v19-1/3.pdf>.
40. Climent M, Villaplana A, Alonso D, et al. Prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012 Sep 15; 4(3):96-100. Disponible en:  
<http://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/prevalencia-estudio-factores-asociados-al-deterioro-cognitivo-personas-mayores-65>
41. Vallejo J, Rodríguez M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos* v.21 n.4 Madrid dic. 2010. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003).
42. López A, Calero D. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Vol. 44. Núm. 04. Julio - Agosto 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-predictores-del-deterioro-cognitivo-ancianos-13139965>.

43. Sánchez J, Vásquez D, Zúñiga J. Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013. Universidad de Cuenca. Escuela de Medicina. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5261>.
44. Ovalle M, Álvarez V, Ibáñez M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en pacientes adultos mayores con y sin hipertensión arterial. Universidad del Rosario. Bogotá Colombia 2011. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2986/79152326-2012.pdf?sequence=1>.
45. Durán T, Aguilar R, Martínez M, et al. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Revista Enfermería universitaria. Volume 10, Issue 2, April–June 2013, Pages 36–42. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726277>
46. Gobierno de la Republica. México. Depresión en el adulto mayor. 2015. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
47. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Centro de prensa. Nota descriptiva N°381 septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
48. Dois A, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. Rev. méd. Chile v.137 n.4 Santiago abr. 2009. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000400004&script=sci_arttext).
49. Molina J, Mogrovejo J. Relación entre depresión con diabetes e hipertensión arterial en pacientes que asisten al Dispensario Médico y

- Centro de Servicio Social del IESS 2011. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/MED63.pdf>.
50. Chávez R, Martínez C, Tenorio C. Prevalencia de depresión en adulto mayor con problemas crónico degenerativos en el Hospital Comunitario de Salinas, SLP. Universidad Autónoma de San Luis potos. México 2010. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2957/3/LEN%20C4P7%202010.pdf>.
51. Navarrete J. Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos e hipertensos en el Centro de Salud Rural disperso Portezuelos Jiquipilco México de Agosto 2013 a Junio del 2014. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14990/1/Tesis.420068.pdf>.
52. Acuña M, González A. Autoeficiencia y red social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health& Social Issues*, vol. 2, núm. 2, noviembre-abril, 2010, pp. 71-81 Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C. Distrito Federal, México. 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720007.pdf>.
53. Serrani D. Influencia de apoyo y uso de servicios de salud sobre depresión en cuidadores de adultos mayores en zona rural. Artículo original. *Rev Chil Salud Pública* 2014; Vol 18(1): 61-71. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/30756/32502>.
54. Seeman TE, Berkman LF. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *SocSciMed* 1988; 26(7): 737-749.
55. Bejnes M, Velasco R, García L, et al. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Investigación.

- RevEnfermInstMex Seguro Soc. 2015;23 (1):9-15. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>.
56. Álvarez K, Delgado A, Naranjo J, et al. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas vol.16 no.2 Pinar del Río mar.-abr. 2012. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010).
57. García L. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, agosto 2014. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Escuela de Enfermería. 2015. Disponible en:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7712/DISERTACION%20LISETH%20GARCIA.pdf?sequence=1>.
58. Segovia M, Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos vol.22 no.4 Madrid dic. 2011. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003).
59. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. INVESTIGACIÓN ORIGINAL. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. FisioterPesq. 2015;22 (1):76-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>.
60. Cervantes R, Villarreal E, Galicia L, et al. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Revista Atención primaria. Vol. 47. Núm. 06. Junio 2015 - Julio 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estado-salud-el-adulto-mayor-90431670>.

61. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento Whoqol-Bref. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. 2010. Disponible en: [http://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf).
62. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento. 2015. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>
63. Gobierno Federal de México. Guía de referencia Rápida. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. México 2010. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190\\_GP\\_C\\_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GRR\\_Evaluacion\\_geriatrica\\_integral.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GP_C_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GRR_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf).
64. UNICEF. Glosario de nutrición. Un recurso para comunicadores. 2012. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Nutrition\\_Glossary\\_ES.pdf](http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf).
65. American Psychological Association. Comprendiendo el estrés crónico. 2015. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>
66. Castellón S. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad Suburbana de Sancti Spiritus. Cuba. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>.
67. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1 La Paz 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext).
68. Armas J, Carrasco M, Valdés S, et al. Aproximación a los criterios diagnósticos para la definición de deterioro cognitivo leve. MediSur v.7 n.6 Cienfuegos nov.-dic. 2009. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600007&script=sci_arttext).

69. Buiza C, Navarro A, Díaz U, et al. Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Vol. 46. Núm. 03. Mayo 2011 - junio 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evaluacion-breve-del-estado-cognitivo-90020838>.
70. Álvarez M, Atienza G, De las Heras E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Versión completa. España. 2010. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/apartado04/definicion.html](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado04/definicion.html).
71. Bacca A, González A, Uribe A, et al. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombiano. *Pensamiento Psicológico*, vol. 1, núm. 4, enero-junio, 2005, pp. 53-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>.
72. Dorantes G, Ávila J, Mejía S, et al. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Investigación original. RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth* 22(1), 2007. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>.
73. Bordón M. Depresión en Pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis Reumatoidea. *Eureka* vol.9 no.1 Asunción 2012. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262012000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100009).

# CAPÍTULO V

## 8. ANEXOS

### Anexo 1: Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN: CIENCIAS DE LA SALUD

ALTERACIONES BIOSICOSOCIALES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADULTOS MAYORES - CENTRO DE ATENCIÓN DEL

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CUENCA - 2014



Formulario N°

1- Fecha de encuesta: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>día mes año</small>	2- Fecha de nacimiento: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>día mes año</small>	Edad en años cumplidos: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
3- Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
4- ¿En qué se ocupa actualmente?: _____		
5- Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	6- ¿Ud. Realiza algún tipo de ejercicio o deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si realiza con que frecuencia semanal Indique: _____ ¿Cuánto tiempo cada vez? _____ Clasificador: No realiza <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado <input type="checkbox"/>	7- Ud. Fuma o mastica cigarrillo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos por día: _____ O cuántos por semana: _____ U ocasionalmente: <input type="checkbox"/>
8- ¿Ud. Ingiere alcohol? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces por semana? _____ ¿O cuántas veces por mes? _____ U ocasionalmente <input type="checkbox"/> ¿En que cantidad aproximada? _____	7- ¿Usted pertenece a otra o otras agrupaciones sociales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cómo se siente allí? _____ ¿Cómo se lleva con su familia? Indique: _____ ¿Y con sus amistades? _____	8- Estado nutricional: Clasificación Peso: _____ kg    Bajo peso <input type="checkbox"/> Talla: _____ cm    Normal <input type="checkbox"/> IMC: _____ %    Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> 9- Diámetro cintura: _____ Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/>
10- Estado nutricional: Clasificación: Peso: _____ kg    Bajo peso <input type="checkbox"/> Talla: _____ cm    Normal <input type="checkbox"/> IMC: _____ %    Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>	11- Presión arterial Sistólica: _____ Baja <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Elevada <input type="checkbox"/> Diastólica: _____ Baja <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Elevada <input type="checkbox"/> 12- Glicemia en ayunas: Baja <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Elevada <input type="checkbox"/>	
13- ¿Qué enfermedades padece, que hayan sido diagnosticadas por el médico? Desde cuándo Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> _____ Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> _____ Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> _____ Osteoartritis <input type="checkbox"/> _____ Infarto agudo miocardio <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> _____ Cáncer <input type="checkbox"/> _____ Accidente cerebro vascular <input type="checkbox"/> _____ Otras <input type="checkbox"/> Indique: _____ _____ _____	14- ¿Sus padres o abuelos han tenido esa o esas enfermedades, que ud, padece? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usted cumple el tratamiento médico indicado para su enfermedad en relación a?: Alimentación: siempre <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> Ejercicio: siempre <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> Medicación: siempre <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> Control médico: siempre <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/>	



15- Características de la alimentación		
¿Cuántas comidas ingiere al día? Indique: _____	¿Cuántas veces en el día ingiere productos lácteos como leche, yogur, queso, quesoillo: Indique: _____	
¿Cuántas veces al día consume frutas? Indique: _____	¿Cuántas veces al día consume verduras? Indique: _____	¿Ud. Come pescado, mínimo dos veces por semana? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
¿Consumo diariamente alimentos fritos? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	¿Cuántos vasos de agua ingiere en el día?: Indique: _____	
¿Ud. Ingiere las comidas con menos cantidad de azúcar y de sal? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	¿Durante el día, Ud, ingiere dulces, helado, postres, tortas, chocolate? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
¿Ud. Como porotos, garbanzos, lentejas, o arvejas, unas dos veces por semana? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	¿Ud. En el día ingiere más de dos porciones de arroz, o de papa, o de yuca o de platano? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
<b>Esta parte es para uso exclusivo de la investigación, se ruega no contestar</b>		
Clasificación: Adecuada 1 <input type="checkbox"/> Inadecuada 2 <input type="checkbox"/> Hidrocarbonada 1 <input type="checkbox"/> Hipergrasa 2 <input type="checkbox"/> Hiperproteica 3 <input type="checkbox"/>		

16- APGAR familiar: <b>Por favor, coloque una X en el casillero que mejor se ajuste a su situación personal.</b>			
	Casi nunca	A veces	Casi siempre
a-¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
b-¿Coversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
c-¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
d-¿Estas satisfecho con el tiempo que tú y tú familia pasan juntos?			
e-¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntuacion total			

<b>No contestar esta pregunta, es de uso exclusivo para el investigador.</b>			
Clasificación APGAR:	Familias funcionales (7 - 10) 1 <input type="checkbox"/>	Familias moderadamente disfuncionales (4 - 6) 2 <input type="checkbox"/>	
	Familias severamente disfuncionales (0 - 3) 3 <input type="checkbox"/>		

## Anexo 2: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
ESCUELA DE POSGRADO

### PROYECTO DE TESIS

#### **PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES BIOSICOSOCIALES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CUENCA-2013.**

Determinar la prevalencia de las alteraciones biopsicosociales del adulto mayor en el Centro de Atención y Cuidado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca mediante el uso de escalas de medición con el propósito de redirigir y emprender medidas intervencionistas a las autoridades competentes

La Licenciada Llaquelina Buenaño, y su equipo, está realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de doctorado en Ciencias de la Salud, sobre la valoración integral del paciente adulto mayor por tal motivo realizará la aplicación de varios formularios y test a los pacientes que acepten participar. Los datos que se obtuvieren serán de estricta confidencialidad, siendo los beneficiarios los pacientes para una mejor prevención de las patologías a detectarse.

La Licenciada Buenaño me ha explicado todas las preguntas a realizar y ha dado respuesta a todas las preguntas que le he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo y libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión en el estudio de mi persona.

.....  
Firma/Huella del Paciente,

.....  
Firma del investigador

Fecha: \_\_\_\_\_

### Anexo 3: Índice de KATZ

1.-Baño	Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda).	
	Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.	
2.-Vestido	Agarra la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias)	
	No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.	
3.-Uso del wc	Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.	
	Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.	
4.-Movilidad	Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.	
	Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.	
5.-Continencia	Control completo de la micción y defecación.	
	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6.-Alimentación	Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).	
	Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.	

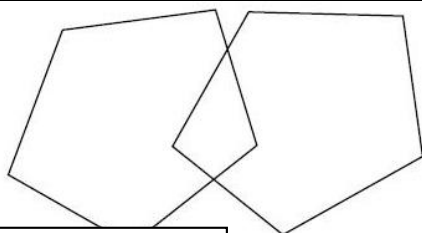
Creado en el año 1958 por S. Katz

### Anexo 4: Minimental TEST

ITEM	SI	NO	S/N	RESPUESTA
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cuál es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta( calle, número)				
7 En qué país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
<p>Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.</p>				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
<p>1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas.            NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS (    )</p> <p>Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones(O si todos son correctos en el primer intento).            NUMERO DE REPETICIONES (       )</p>				
<p>¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuenté 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).</p>				
ITEM	SI	NO	S/N	RESPUESTA
14a.    93				
15a.    86				
16a.    79				
17a.    72				
18a.    65				
<p>«Ahora voy a decirle los días de la semana y quiero que usted repita los dígitos al revés. Los días son: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).</p>				
14b.    9				
15b.    7				
16b.    5				
17b.    3				
18b.    1				

# CIERRE LOS OJOS

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
ITEM	SI	NO	S/N	RESPUESTA
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera(anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz(anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (permita un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mi» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
ITEM	SI	NO	S/N	RESPUESTA
28a. pentágonos				
28b. círculos				



PUNTAJE TOTAL \_\_\_\_\_

### Anexo 5: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>Puntuación total – V5</b>		
<b>Puntuación total – V15</b>		

## Anexo 6: Lubben Social Network Scale

Teniendo en cuenta a las personas con las que usted está relacionado ya sea por nacimiento, casamiento, adopción, etc....

**1. ¿Con cuántos parientes se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?**

0 = ninguno

1 = uno

2 = dos

3 = tres o cuatro

4 = de cinco a ocho

5 = nueve o más

**2. ¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del pariente con el que tiene más contacto?**

0 = menos de una vez por mes

1 = mensualmente

2 = algunas veces al mes

3 = semanalmente

4 = algunas veces por semana

5 = diariamente

**3. ¿Con cuántos parientes se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?**

0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más

**4. ¿A cuántos parientes siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?**

0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más

**5. Cuando uno de sus parientes tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?**

0 = nunca 1 = rara vez 2 = a veces 3 = con frecuencia 4 = con mucha frecuencia 5 = siempre

**6. ¿Con qué frecuencia uno de sus parientes está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?**

0 = nunca 1 = rara vez 2 = a veces 3 = con frecuencia 4 = con mucha frecuencia 5 = siempre

**AMISTADES:** Teniendo en cuenta a todos sus amigos, inclusive a aquellos que viven en su vecindario...

**7. ¿Con cuántos amigos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?**

0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más

**8. ¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?**

0 = menos de una vez por mes 1 = mensual 2 = algunas veces al mes 3 = semanalmente 4 = algunas veces por semana 5 = diariamente

**9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?**

0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más.

**10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?**

0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más.

**11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?**

0 = *nunca* 1 = *rara vez* 2 = *a veces* 3 = *con frecuencia* 4 = *con mucha frecuencia* 5 = *siempre*

**12. ¿Con qué frecuencia uno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?**

0 = *nunca*            1 = *rara vez*            2 = *a veces*            3 = *con frecuencia*  
4 = *con mucha frecuencia*            5 = *siempre*

*El puntaje total de LSNS-R es una suma igualmente ponderada de estos doce elementos. Los puntajes van de 0 a 60.*

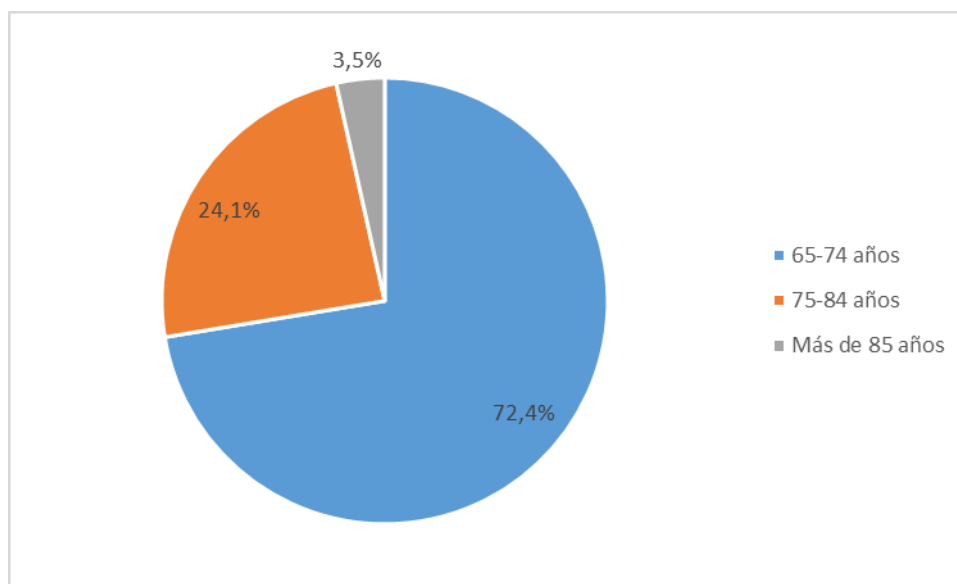


## Anexo 7: Operacionalización de variables

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Alteraciones biosicosocial</b>			
<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Trastornos que abarcan el área biológica, psicológica y social que generan diferentes síntomas o enfermedades.	BIOLÓGICAS Funcionalidad	Puntaje obtenido en Índice de Katz	Dependencia Total Dependencia grave Dependencia moderada Dependencia leve Independiente  ➤ >24 pts bien nutridos ➤ De 17 a 23.5 pts riesgo de desnutrición ➤ < de 17 pts desnutrido
	Malnutrición	Mini Nutritional Assessment	
	PSICOLÓGICAS Deterioro cognitivo  Depresión	Puntaje obtenido en el Minimental Test  Test de Yesavage	Deterioro cognitivo Sin deterioro cognitivo  0 a 5 : normal 6 a 9 : depresión probable Mayor de 10 : depresión establecida
	SOCIALES Redes sociales	Lubben Social Network Scale,	Mucha red social Bastante red social Poca red social
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Enfermedades crónicas</b>			
Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.	Enfermedad cardiovascular	Hipertensión arterial	Presenta No presenta
		Cardiopatía isquémica	Presenta No presenta
		Accidente Cerebrovascular	Presenta No presenta
	Enfermedad metabólica Enfermedad respiratoria	Diabetes	Presenta No presenta
		EPOC	Presenta No presenta
	Enfermedad degenerativa	Cáncer	Presenta No presenta
	Enfermedad reumática	Artrosis	Presenta No presenta

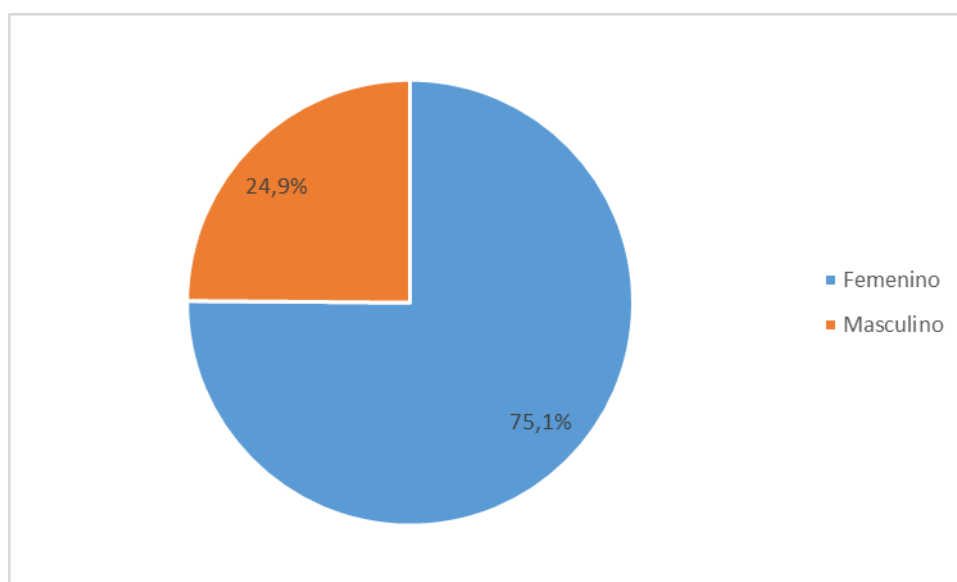
## Anexo 8: Gráficos complementarios

**Gráfico 1.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según edad, Cuenca 2015.



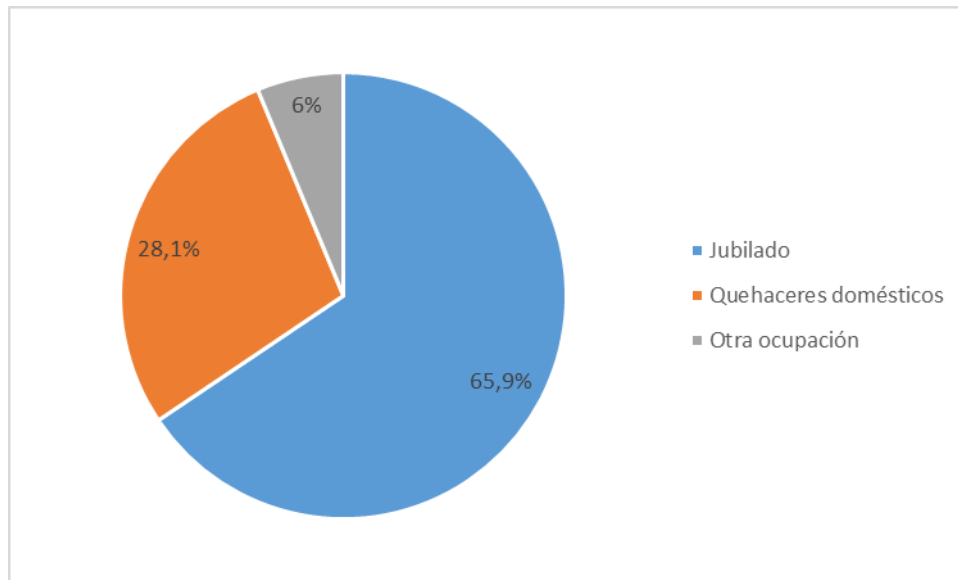
Fuente: Datos de tabla 1  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 2.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según género, Cuenca 2015.



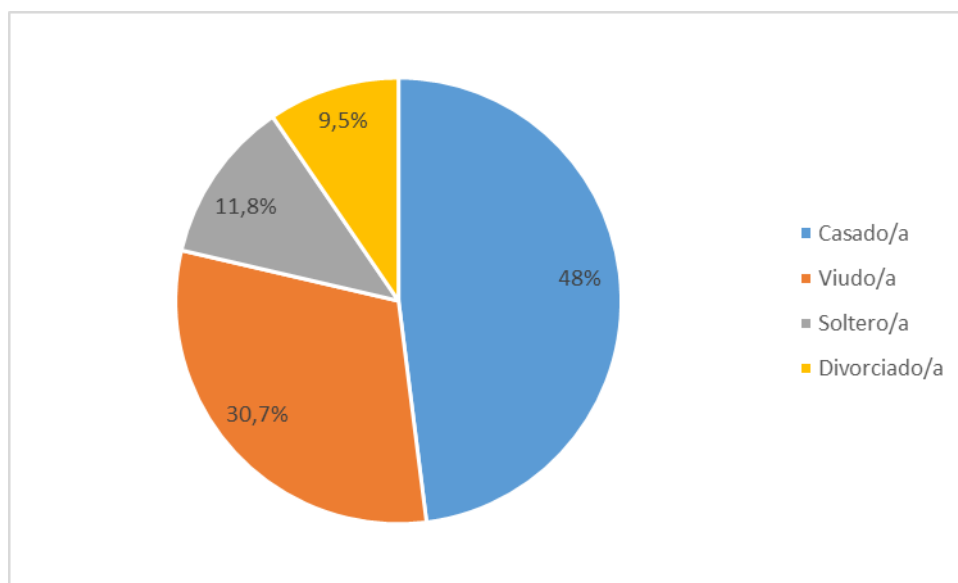
Fuente: Datos de tabla 1  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 3.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según ocupación, Cuenca 2015.



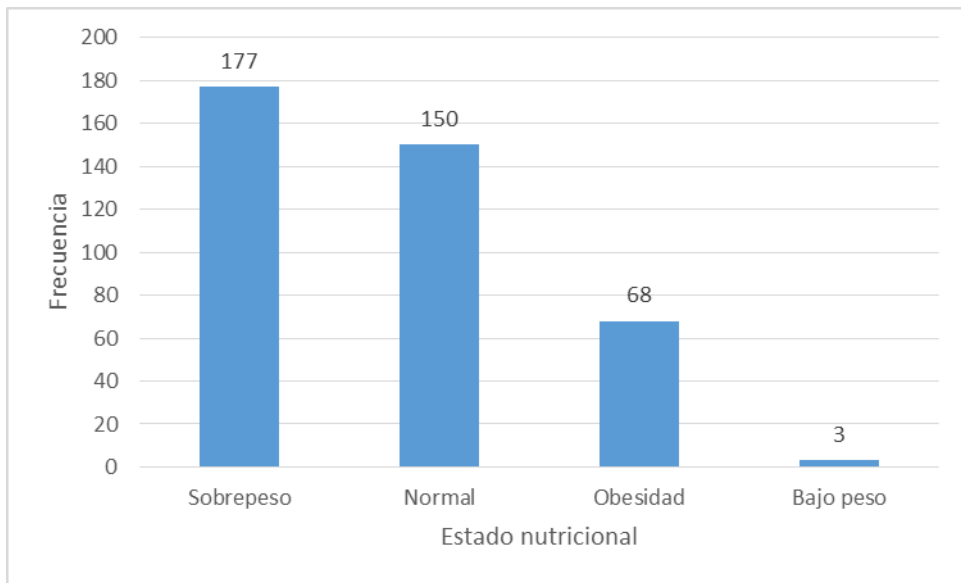
Fuente: Datos de tabla 1  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 4.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según estado civil, Cuenca 2015.



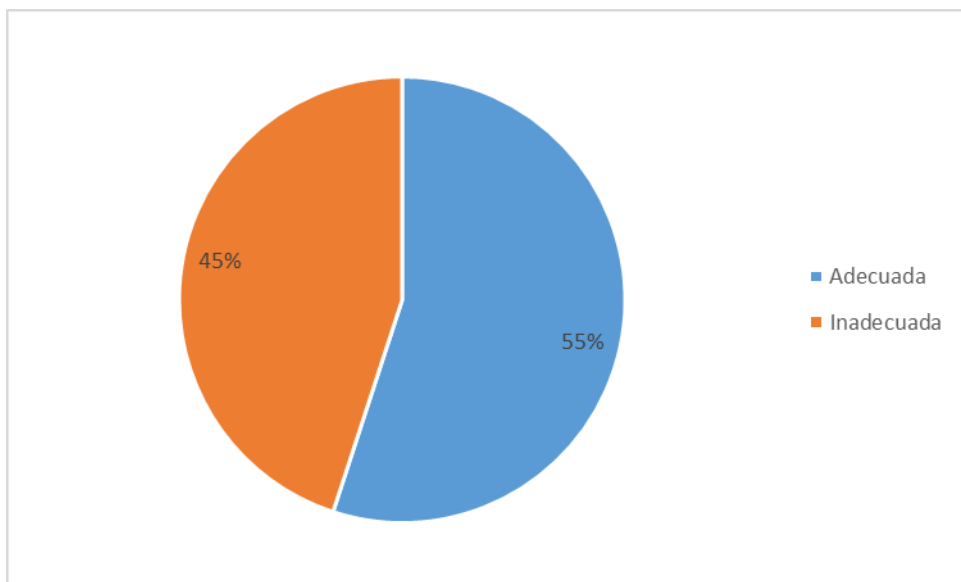
Fuente: Datos de tabla 1  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 5.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según estado nutricional, Cuenca 2015.



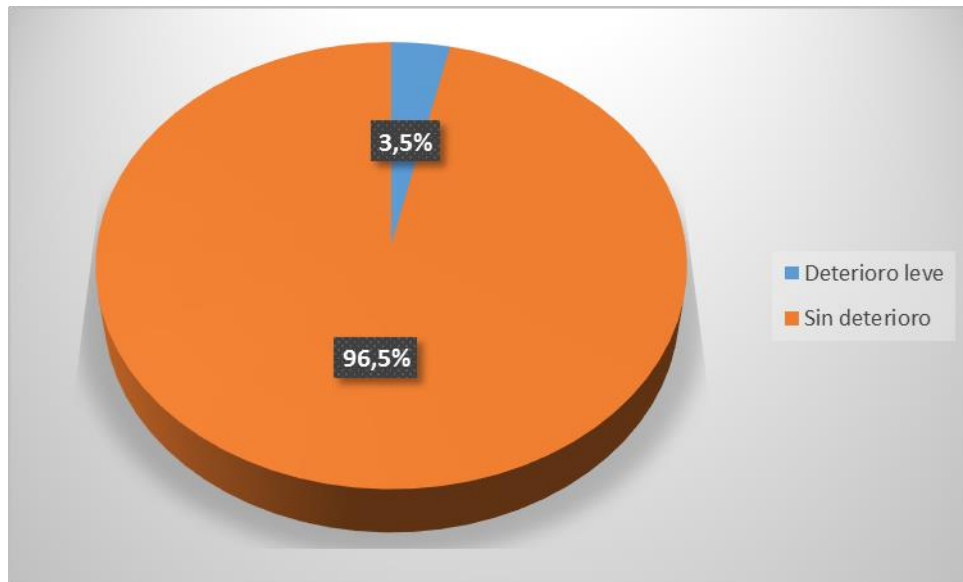
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 6.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según características de la alimentación, Cuenca 2015.



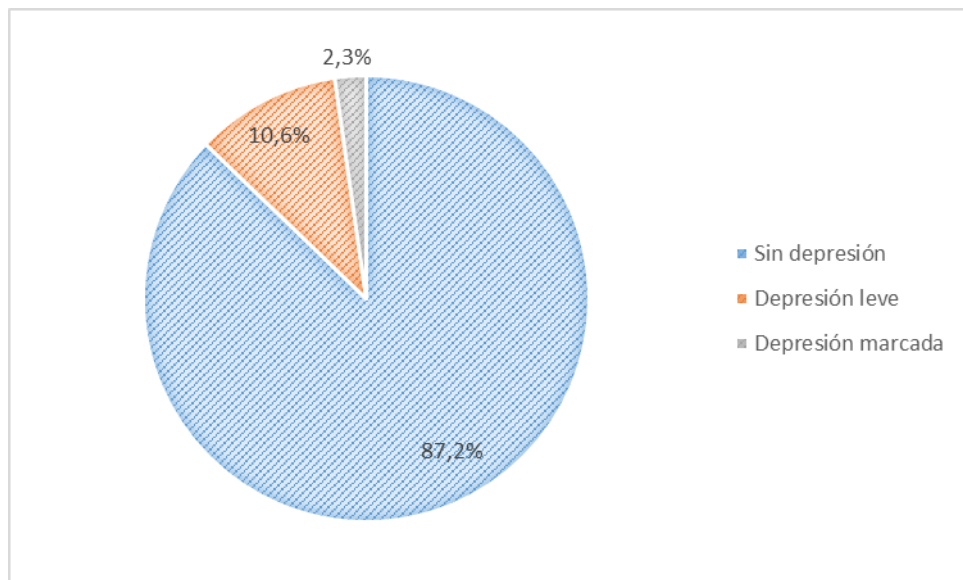
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 7.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según deterioro cognitivo, Cuenca 2015.



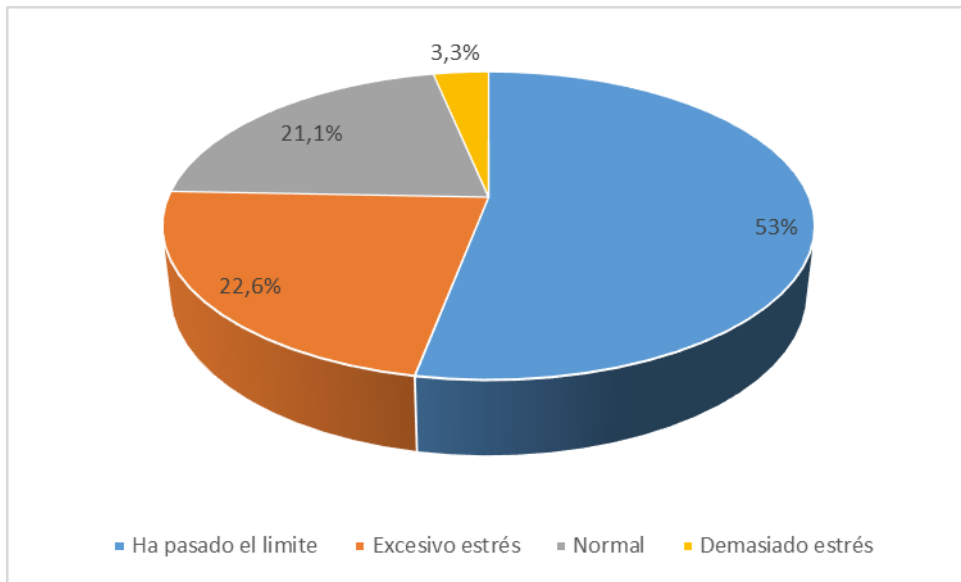
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 8.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según depresión, Cuenca 2015.



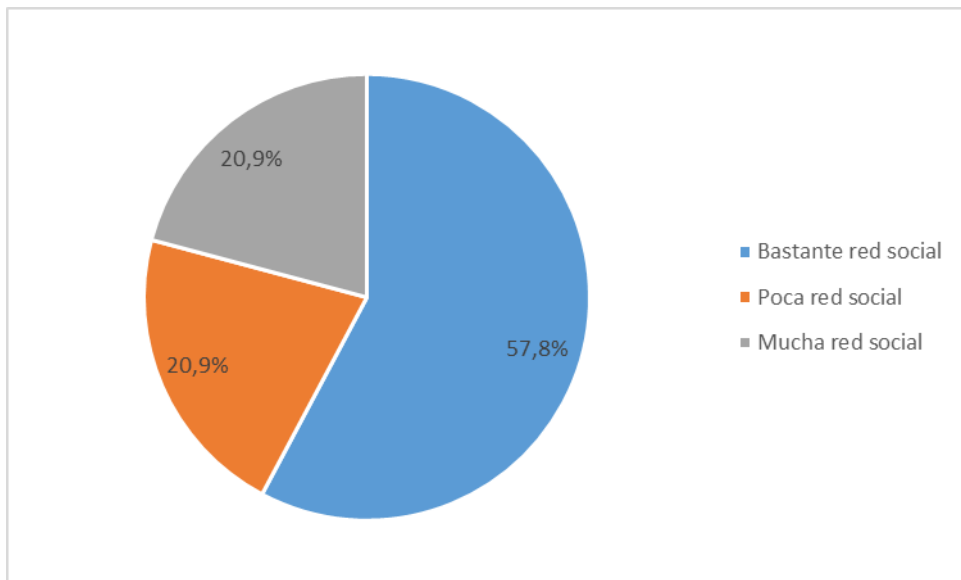
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 9.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según estrés, Cuenca 2015.



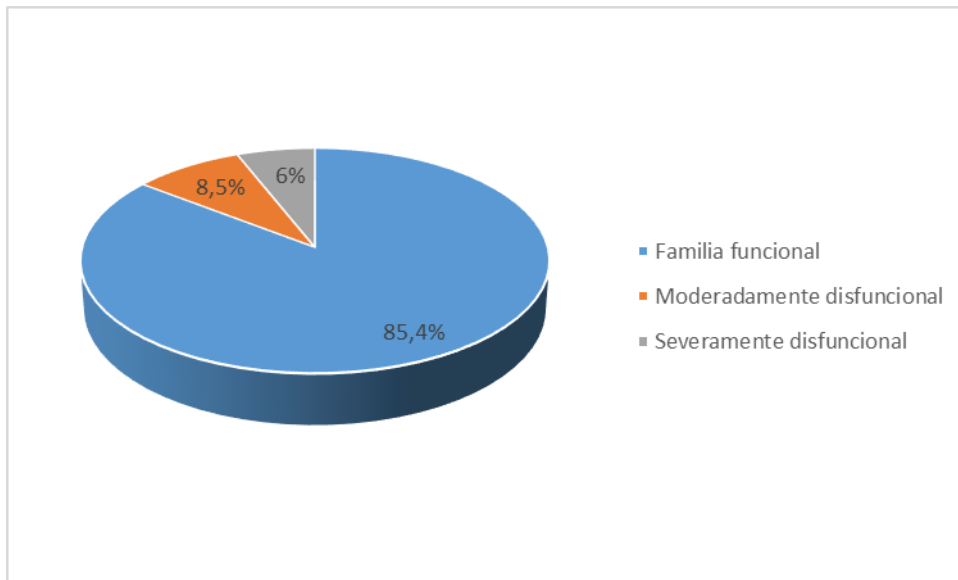
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 10.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según redes sociales, Cuenca 2015.



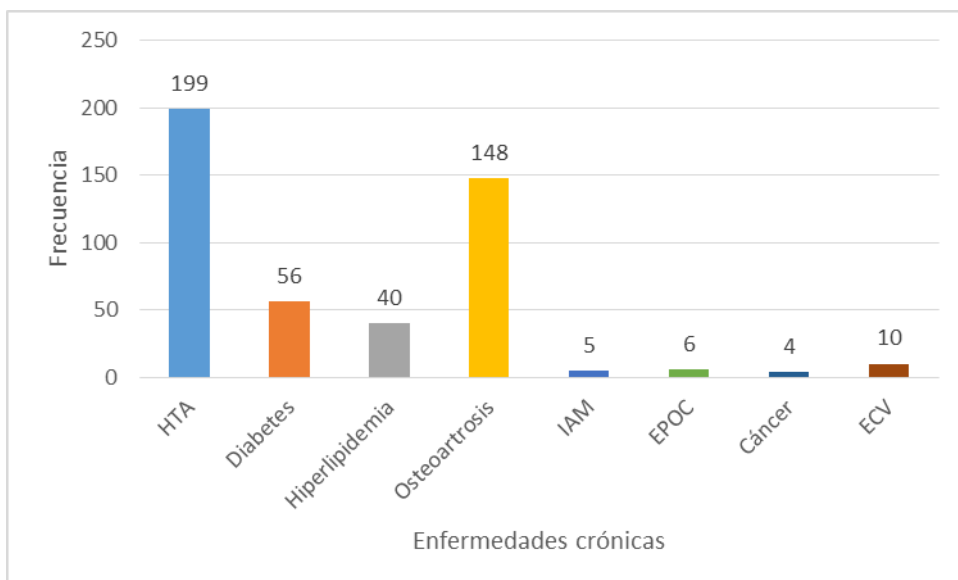
Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 11.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según funcionamiento familiar, Cuenca 2015.



Fuente: Datos de tabla 2  
Realizado por: Buenaño LI.

**Gráfico 12.** Distribución de 398 adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS según enfermedades crónicas, Cuenca 2015.



Fuente: Datos de Tabla 3  
Realizado por: Buenaño LI.

## **Anexo 9: informe de originalidad Turnitin**



# Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en adultos mayores - centro de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca-2014

*por* Llaquelina Buenaño Barrionuevo

---

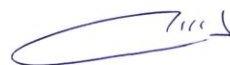
**Fecha de entrega:** 24-sep-2021 12:05p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1656607934

**Nombre del archivo:** Tesis\_Llaquelina\_Buenalo\_Barrionuevo\_nuevo\_reglamento.doc (2.23M)

**Total de palabras:** 19782

**Total de caracteres:** 108936



# Alteraciones biopsicosociales y enfermedades crónicas en adultos mayores - centro de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca-2014

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>revistamedicahjca.iess.gob.ec</b> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>dspace.ucuenca.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Tumbes</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>creativecommons.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.dspace.uce.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>hdl.handle.net</b>	

*Handwritten mark: a blue oval with an arrow pointing to the right.*

	Fuente de Internet	<1 %
9	repositorio.pucesa.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to UDELAS: Universidad Especializada de las Americas Panama Trabajo del estudiante	<1 %
11	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
12	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.cidecuador.org Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	cidecuador.org Fuente de Internet	<1 %
19	www.scielo.org.bo Fuente de Internet	<1 %

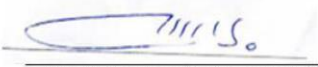
		<1 %
20	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://repositorio.unu.edu.pe">repositorio.unu.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	<1 %
23	<a href="http://dspace.uniandes.edu.ec">dspace.uniandes.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
24	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec">repositorio.ucsg.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
25	<a href="http://www.redalyc.org">www.redalyc.org</a> Fuente de Internet	<1 %
26	<a href="http://www.scielo.org.co">www.scielo.org.co</a> Fuente de Internet	<1 %
27	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
29	<a href="http://bibliotecadigital.univalle.edu.co">bibliotecadigital.univalle.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
30	<a href="http://dspace.ucacue.edu.ec">dspace.ucacue.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %

*700*

		<1 %
31	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
32	studylib.es Fuente de Internet	<1 %
33	www.inegi.org.mx Fuente de Internet	<1 %
34	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 15 words



Dra. Mirian Noemí Otiniano Hurtado