

# UCUENCA

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Enfermería**

**EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR  
INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN,  
AZOGUES 2021**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Licenciado en  
Enfermería

**Modalidad:** Proyecto de  
investigación

Autora:

Anabel Cristina Valverde Neira

CI: 0105386262

Correo electrónico: anabeldvs@hotmail.com

Directora:

Lcda. Mgt. Patricia Piedad Naulaguari Medina

CI: 0301511739

**Cuenca, Ecuador**

13-junio-2022

## Resumen:

**Antecedentes:** La evaluación geriátrica integral (EGI) se define como una herramienta de evaluación biopsicosocial, que permite identificar las necesidades de atención multidimensional del adulto mayor institucionalizado.

**Objetivo:** Determinar el estado de salud de la población Adulto Mayor Institucionalizada en la Casa Hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues mediante la evaluación geriátrica integral.

**Método y materiales:** Investigación cuantitativa, transversal; aplicada a 50 adultos mayores de la Casa Hogar Rosa Elvira de León. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Valoración Social de Gijón, Índice de Barthel, Escala de valoración nutricional, Escala de Tinetti modificada, Evaluación Cognitiva modificada. La tabulación y determinación de los resultados se realizó con el programa SPSS 24, y estos se presentan en tablas simples, con frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León con una edad promedio de 79,43 años; edad mínima de 60 años, edad máxima de 98 años, moda de 74 años, (DS de 10,573); una proporción de 3 mujeres por cada hombre. De acuerdo a la EGI presentan alto riesgo de caídas, algún nivel de deterioro del estado cognitivo, riesgo de malnutrición y mal estado.

**Conclusión:** El estado de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León se caracteriza por alteración en la marcha y equilibrio, con diferentes grados de alteraciones mentales, riesgo de malnutrición y mal estado nutricional, lo que manifiesta un deterioro en la calidad de vida de esta población.

**Palabras clave:** Adulto mayor. Evaluación geriátrica Integral.

## **Abstract:**

**Background:** Comprehensive geriatric assessment (CGE) is defined as a biopsychosocial assessment tool, which allows of identifying the multidimensional care needs of institutionalized older adults.

**Objective:** To determine the health status of the institutionalized elderly population in the “Casa Hogar Rosa Elvira de León” in Azogues city through comprehensive geriatric evaluation.

**Method and Materials:** Quantitative, cross-sectional investigation was carry out; applied to 50 older adults from the “Casa Hogar Rosa Elvira de León”. The instruments used were: Gijón Social Assessment Scale, Barthel Index, Nutritional Assessment Scale, Modified Tinetti Scale, Modified Cognitive Assessment. The tabulation and determination of the results was carry out with the SPSS 24 program, and these are presented in simple tables, with frequencies and percentages.

**Results:** Older adults from the “Casa Hogar Rosa Elvira de León” with an average age of 79.43 years, minimum age of 60 years, maximum age of 98 years, mode of 74 years, (SD of 10,573); a proportion of 3 women for every man, according to the EGI present a high risk of falls, some level of deterioration of cognitive status, risk of malnutrition and poor nutritional status.

**Conclusion:** The state of health in the older adult institutionalized in the “Casa Hogar Rosa Elvira de León” is characterized by alterations in gait and balance, with different degrees of mental alterations, risk of malnutrition and poor nutritional status, which manifests a deterioration in the quality of life of this population.

**Keywords:** Elderly Adult. Comprehensive geriatric assessment.

### Tabla de contenido

CAPÍTULO I .....	10
1.1. Introducción .....	10
1.2. Planteamiento del problema .....	12
1.3. Justificación .....	15
CAPÍTULO II .....	17
Fundamento Teórico .....	17
2.1.1. Teoría o Marco Teórico .....	17
2.1.2. Adulto Mayor .....	17
2.1.5. Evaluación Geriátrica Integral .....	20
2.1.6. Escalas de evaluación geriátrica integral EVI .....	22
2.1.7. Índice de Masa Corporal IMC .....	25
2.1.8. Estado actual del conocimiento .....	25
CAPÍTULO III .....	27
3.1. Objetivos .....	27
CAPÍTULO IV .....	28
Diseño metodológico .....	28
4.1. Tipo de estudio .....	28
4.2. Área de estudio .....	28
4.3. Universo y muestra .....	28
4.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	28
4.5. Variables y Operacionalización: .....	28
4.6. Técnicas e instrumentos .....	29
4.7. Plan de tabulación y análisis .....	32
4.8. Aspectos éticos .....	32
CAPÍTULO V .....	34
Resultados .....	34
CAPÍTULO VI .....	41
Discusión .....	41
CAPÍTULO VII .....	45
Conclusiones y Recomendaciones .....	45

# UCUENCA

7.1 Conclusiones.....	45
7.2 Recomendaciones.....	45
CAPÍTULO VIII.....	47
CAPÍTULO IX.....	53
ANEXOS.....	53

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Anabel Cristina Valverde Neira en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN, AZOGUES 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, lunes 13 de junio del 2022



---

Anabel Cristina Valverde Neira

C.I. 0105386262

## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Yo Anabel Cristina Valverde Neira, Autor/a del trabajo de titulación **“EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN, AZOGUES 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, lunes 13 de junio del 2022



---

Anabel Cristina Valverde Neira

C.I. 0105386262

## AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, por brindarme salud y fortaleza, para luchar por mis sueños y culminar mi carrera profesional, a mi amada madrecita Eulalia, por sus impresionantes esfuerzos, que lucho contra la adversidad y con sus palabras guio mis pasos, con su amor de madre enderezo mi carácter, y con su infinito amor ilumina y guía mi vida, a mi padre Vinicio, agradezco por su ejemplo, por proporcionarme siempre lo que he necesitado, para mí su amor es invaluable.

A toda mi familia por su amor, confianza y apoyo incondicional.

A la honorable Universidad de Cuenca, a la Carrera de Enfermería, y a todos los docentes que contribuyeron a mi formación académica, de manera especial a la Lcda. Patricia Naulaguari Medina, directora y asesora del presente trabajo investigativo de titulación, por brindarme su apoyo para la elaboración y culminación del mismo.

*Anabel Cristina Valverde Neira*



## DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado para mis amados padres, Vinicio y Eulalia, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida, por demostrarme su amor infinito con cada acción, por su apoyo y ayuda, por su confianza depositada en mí y no dudar de mi capacidad, por sus oraciones recargadas de fe para que yo pueda lograr mis objetivos, por su arduo trabajo día con día, han sido mi sustento y mi fuerza, para continuar mi camino, por sus consejos, por su amor y dedicación para hacerme la mujer que hoy en día soy.

Para mis hermanas María Eulalia y Eliana, por sus consejos que han sido mi guía, porque a pesar de la distancia siempre han estado a mi lado, siendo mi apoyo incondicional, a mi hermano Jorgito, por ser la luz en mi camino, que siempre está en mi mente y corazón, por ser mi ángel de la guarda en cada paso.

A mi esposo Santiago, por enseñarme que el que persevera alcanza, y que mientras se hacen las cosas con amor todo es posible, por su apoyo y compañía, por compartir su vida junto a la mía, y hacer de nuestros sueños una bonita realidad.

De manera muy especial para mi hermosa y dulce hijita, Isabellita, con todo mi amor, por ser quien le da sentido a mi vida, y el motor que me impulsa a seguir adelante, por enseñarme a esculpir mi personalidad para ser mejor cada día por y para ella, y que no existen los límites cuando de amor se trata.

*Anabel Cristina Valverde Neira*

## CAPÍTULO I

### 1.1. Introducción

En el siglo XX, la dinámica poblacional ha experimentado cambios trascendentales, caracterizada por el incremento del grupo poblacional de adultos mayores, con un incremento de la esperanza de vida por sobre los 60 años, convirtiéndose en el indicador ideal para evaluar la calidad y determinar las estrategias futuras a nivel poblacional (1)(2).

Hoy en día, la población puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, sino que también de países en vías de desarrollo, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general. Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular que es desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (3)(4).

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población adulta mayor y posee características especiales en la forma de presentación de sus enfermedades; adicionalmente, esta población se encuentra expuesta a múltiples problemas que condicionan su autonomía, los cuales derivan de su nuevo estado cognitivo, afectivo, funcional, nutricional y social (2)(5).

La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, física, función social, etc.) (6). Para Rubio et al., (7) la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Además, considera al envejecimiento activo como: el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (3).

El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones

fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad (3)(8).

Por lo tanto, es necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración que permita identificar y prioriza los aspectos negativos y positivos de la salud de las personas adultas mayores, con el fin de prevenir y tratar la enfermedad, rehabilitar la discapacidad e impulsar un envejecimiento activo y saludable. La identificación de necesidades y/o problemas en los adultos mayores permitirá pronosticar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte (9).

La evaluación geriátrica integral (EGI) se ha constituido en una herramienta diseñada para identificar y cuantificar los problemas y/o necesidades físicas, funcionales, psíquicos y sociales, que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad y con ello a la dependencia (9)(10). La EGI es un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario que permite la correcta atención geriátrica tanto en el ámbito hospitalario como en los centros de cuidado (9).

Esta herramienta está constituida por instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evolución respectiva, complementándose con la utilización de la historia clínica y la exploración física; permitiendo establecer planes individualizados de cuidados integrales (9)(10).

Las escalas de valoración incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración, además de ayudar a la comunicación y el entendimiento entre los diversos profesionales que atienden al paciente. Se distinguen como pilares fundamentales en el proceso de valoración que consideran las características descritas con anterioridad en los adultos mayores: valoración clínica, funcional, afectiva y cognitiva, psicosocial y nutricional (11).

El presente trabajo de investigación se realizó en la Casa Hogar Rosa Elvira de León, en los adultos mayores institucionalizados, en quienes se pretende aplicar la evaluación geriátrica integral, para identificar la situación de morbi – mortalidad de

la población y plantear en base a la condición de salud real estrategias que optimicen la calidad de vida de la población adulta mayor institucionalizada.

## 1.2. Planteamiento del problema

La vejez es un ciclo vital, en el que aumenta considerablemente la posibilidad de sufrir pérdidas psicológicas y fisiológicas, así como cambios en el aspecto físico, capacidades físicas, status social y familiar, lo cual afecta su estado de ánimo (12). Estas características hacen que la población adulta mayor se constituya en un grupo vulnerable de crecimiento estadístico significativo, que como se citó anteriormente se encuentra expuesto a problemas importantes en su condición de salud, provocando cambios en su calidad de vida (13).

Uno de los cambios más importantes en la sociedad actual, ha sido la plena y acelerada transición demográfica, que inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y, que resaltó en los setenta con la declinación de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas mayores ha aumentado gradualmente y la de niños ha ido disminuyendo paulatinamente (1).

En el Ecuador en el año 2010, se censaron 940.905 adultos mayores, población que conforme al informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), constituía el 6.5% de la población total, cifra que de acuerdo a las proyecciones va en aumento; pronosticando para el 2050 un crecimiento poblacional de los ancianos al 18%. Este cambio demográfico estará acompañado por el incremento en la probabilidad de vida, que en el 2010 fue de 75 años y para el 2050 ascenderá a 80.5 años (14).

La evaluación geriátrica integral permite el abordaje biopsicosocial clínico del adulto mayor, facilitando la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que los atienden; contando con numerosas herramientas validadas de evaluación de áreas clave de la función en los adultos mayores (15)(16). En este contexto, la EGI ha sido tema de varios

estudios y revisiones sistemáticas que justifican su utilización en la valoración del adulto mayor institucionalizado, mismas que se citan a continuación:

Rodríguez et al, (17) en su estudio titulado Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor, determinaron que los adultos mayores no tienen enfermedades propias, estas solo cambian su forma de aparición con repercusiones funcionales, psíquicas y sociales.

En la valoración de la población adulta mayor, Bejines et al. (18), durante el 2015 desarrollaron un trabajo de investigación con los adultos mayores residente en casa hogar; aplicaron la Escala de Barthel para evaluar su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Encontraron que el promedio de edad fue de 81 años, 27.9% mostró independencia total, 28.8% dependencia leve, 14.4% moderada, 18% severa y 10.8% total. Concluyeron que el 72.1% de los adultos mayores tenían algún grado de dependencia funcional.

De igual forma, Guzmán – Olea et al (19), realizaron un estudio durante el 2016 en 58 adultos mayores de 65 años, residentes de una Casa de la Tercera Edad, utilizaron los instrumentos de evaluación gerontológica: índice de Barthel, mini examen cognitivo Lobo, evaluación de estabilidad de la marcha y equilibrio Tinetti, test del reloj, set-test de Isaac, escala abreviada de Pfeiffer, escala de Yesavage, escala de Guigon y Velas; además, aplicaron un programa de intervención y una evaluación pos intervención.

Como resultado encontraron que el 31% de los participantes corresponden al sexo femenino, la media de edad de los participantes fue de 73 años y presentaron una media de siete años de residencia en la Casa de la Tercera Edad; adicionalmente, el 75% de los participantes manifestaron ser viudos, el 96% refirió antecedentes de enfermedades crónico degenerativas (19).

Luego del programa de intervención, observaron mejoría en la capacidad motriz, disminución del grado de dependencia física y disminución del deterioro cognitivo de los participantes. Concluyendo que los adultos mayores institucionalizados con dependencia física leve y ausencia de deterioro cognitivo presentaron una

disminución de las condiciones después de participar en el programa implementado (19).

Vargas y Melguizo (20) desarrollaron un estudio transversal, en una población de adultos mayores, emplearon los test de Pfeiffer, encuesta socio- demográfico, escala de depresión de Yesavage, escala de Barthel, Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida, cuestionario Duke- UNC-11.

Como resultados obtenidos se encuentran edad promedio de 71 años, predominio del sexo femenino (55,7%), tener pareja estable (62,6%), escolaridad primaria (49,6%), ocupación hogar (52,8%), residir en estratos 2 y 3 (66,7%) y vivir con 4 personas, promedio, en el hogar. Se observó alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5%), no presentar síntomas depresivos con significancia clínica (86,9%), independencia para realizar actividades básicas (86,3%) e instrumentales de la vida diaria (60,8%), percibir su salud como buena (51,4%), percibir la calidad de vida relacionada con salud como excelente (87,4%) (20).

Suárez et al. (21), realizaron un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional, denominado “Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos”. Se valoró el riesgo de malnutrición por Mini Nutritional Assessment, pérdida involuntaria de peso, comidas realizadas diarias, ingesta de alimentos fuente de proteína, de verduras y frutas y consumo de líquido. Para la valoración antropométrica se utilizó el índice de masa corporal con punto de corte según Bray.

Como resultados importantes encontraron que el 58% de los sujetos presentaron riesgo nutricional y 14% malnutrición siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). Por edad, los ancianos y longevos mostraron mayor malnutrición y riesgo (88%) que los de edad avanzada. 61,1% del grupo de riesgo tuvo una ingesta inadecuada en comparación con el grupo Estado Nutricional normal (32,1%) (21).

La patología más frecuente fue la hipertensión (54%) seguida de síndrome de inestabilidad (34%). El consumo regular promedio de medicamentos por persona fue  $6,97 \pm 3,31$ . A partir de 8 medicamentos se observó asociación significativa con el riesgo de malnutrición. Los autores concluyeron que la evaluación nutricional es

un componente clave en la valoración geriátrica. Según los resultados obtenidos, se sugiere la integración del Mini Nutritional Assessment en los programas de valoración geriátrica (21).

Además, de todo lo citado, la evaluación geriátrica integral es la respuesta frente a la elevada prevalencia de enfermedades del adulto mayor, a necesidades y problemas no diagnosticados, así como a deterioros y dependencias no identificadas, las cuales no son detectadas por la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física) (15).

Por lo tanto, y consciente de las dificultades existentes al valorar al adulto mayor y estudios locales que muestren su uso, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la condición de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León Azogues 2021, al aplicar la evaluación geriátrica integral?

### **1.3. Justificación**

La satisfacción de los ancianos institucionalizados depende de muchos elementos, en medio de los que sobresalen: las condiciones de vida, el bienestar físico, biológico psicológico y social; factores que tienen una interrelación e incidencia en la producción del proceso patológico. Por consiguiente, la valoración geriátrica integral es la herramienta que admite valorar el estado de salud o el estado de bienestar del adulto mayor residente de una casa de cuidado o asilo (17).

La aplicación de la EGI con el uso de las siguientes escalas de valoración del adulto mayor: Escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA), Escala de Valoración Social Gijón, Escala de Lawton y Brody Modificada, Índice de Barthel, Evaluación Cognitiva (MMSE) modificado, Escala de Tinetti modificada; permitirán garantizar una valoración holística del adulto mayor, proporcionando una mayor precisión diagnóstica con una mejor utilización de los recursos, evitando el retraso en la atención de problemas que provocan el deterioro de la salud y sus complicaciones (21).

# UCUENCA

En este contexto, la presente investigación corresponde a las preferencias de investigación en salud trazadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador 2013 – 2017, área 19 Sistema Nacional de Salud; línea de Atención Primaria de Salud; sub-líneas: promoción, prevención y atención basada en la comunidad (22). Además, la presente investigación se encuentra contemplada dentro de las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, área tres de investigación: Ciencias Médicas y de la Salud, nivel Ciencias de la Salud.

Como usuarios evidentes de la investigación se encuentran: los adultos mayores institucionalizados, en quienes se investigará el estado de salud a través de la evaluación geriátrica integral; el personal de salud, quienes dispondrán de información real y actualizada del estado de salud de la población senil institucionalizada; y por último, los profesionales de enfermería quienes podrán estructurar guías de cuidado para el adulto mayor institucionalizado, centradas en las necesidades y problemas reales de esta población vulnerable, generando vínculos de trabajo con la familia.



## CAPÍTULO II

### Fundamento Teórico

#### 2.1.1. Teoría o Marco Teórico

#### 2.1.2. Adulto Mayor

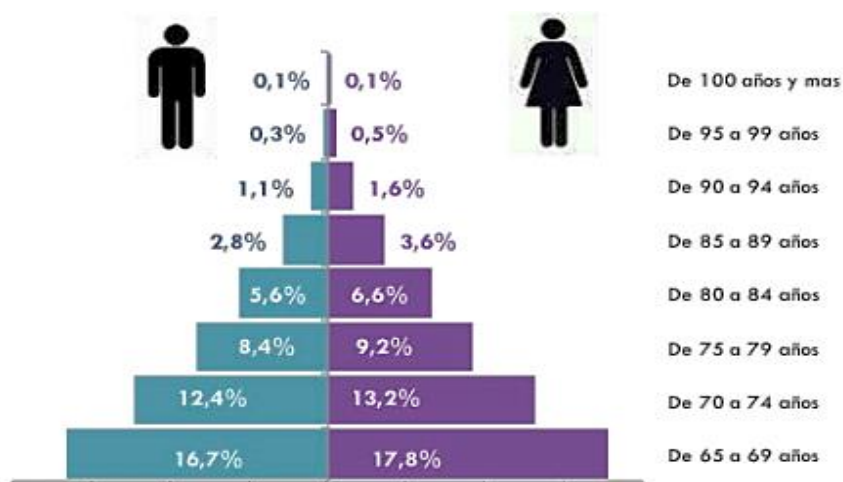
Se define como adulto mayor a toda persona que tiene una edad cronológica igual o mayor de 60 años (24,25). El envejecimiento, ancianidad o senectud, es un proceso que ocurre en todas las poblaciones, que en la actualidad ha tomado gran importancia, como resultado de la disminución de la tasa de nacimientos por año. Esta transformación se está suscitando a nivel mundial, no obstante en América Latina y Ecuador este fenómeno ocurre de una manera mucho más rápida de lo que ocurre en los países del primer mundo (26).

La población de América Latina ha presentado un incremento notable en la esperanza de vida, en promedio 16 años de vida en los últimos 45 años; empero, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puntualizó en su último informe centrado en el envejecimiento, que en el continente americano esta esperanza de vida bordea los 75 años edad; no obstante, los males cardiovasculares, respiratorios crónicos, cáncer y diabetes provocando altas tasas de mortalidad en este grupo (1)(13).

El Ecuador se encuentra en proceso de evolución estadística, esta expresión demográfica muestra que los ancianos en el año 2010 representaron el 7% y que para el 2050 constituirán el 18% de la población. La división por sexo de la demografía nacional adulta mayor de acuerdo al INEC fue de 53% para las mujeres y de 47% para los varones (Gráfico 1) (14).

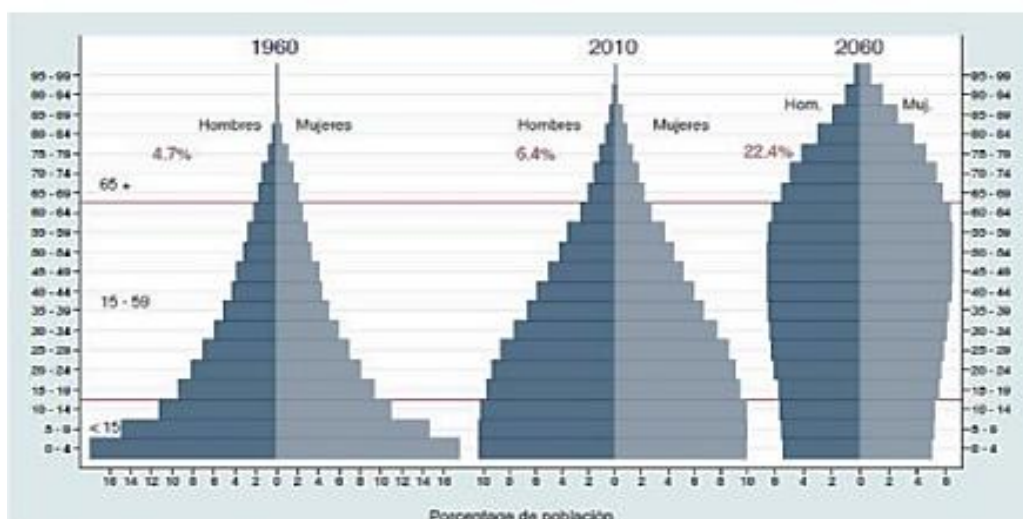
El Ministerio de Inclusión Económica y Social, expone según las últimas investigaciones estadísticas desarrolladas a nivel nacional que en los años venideros la pirámide poblacional cambiará su forma de triangular, en donde los niños y los jóvenes son la base, a rectangular abultada en la cúspide, debido al incremento de las comunidades seniles (Gráfico 2) (14)(27).

**Gráfico 1 Grupos de Edad de las personas adultas mayores**



Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

**Gráfico 2 Evolución de la Pirámide Poblacional del Ecuador**



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.  
Elaboración: INIGER MIES 2011

### 2.1.3. El envejecimiento y la salud

La salud durante la vejez es compleja, asociada con los numerosos cambios anatomofisiológicos, psicológicos y sociales que se presentan, incrementando el riesgo de enfermedades crónicas y degenerativas (5); mismas que afectan las capacidades físicas, mentales, sociales, así como el funcionamiento normal del adulto mayor (6).

Luego de cumplir los 60 años, acontecen las magnas cargas de la invalidez, inhabilidad e imposibilidad, así como la posibilidad de la muerte; todo esto debido a la pérdida de los sentidos como son: visión, olfacción, audición y movilidad, asociadas con la madurez y la comorbilidad de enfermedades crónicas, no transmisibles degenerativas tanto físicas como psicológicas (11).

Al valorar las necesidades y/o problemas de salud de una persona adulta mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y trascienden en la condición de vida de la población (2).

#### **2.1.4. Adulto mayor institucionalizado**

La institucionalización para la atención de personas mayores ha ido en aumento, esto se encuentra correlacionado con el incremento poblacional de este grupo etario; además, asociado con los problemas económicos propios de la familia, que les imposibilita dedicarse al cuidado de sus mayores o contratar asistencia para ello (25). La situación para los adultos mayores empeora por las insuficientes garantías de cumplimiento de las retribuciones que tienen en relación al cuidado de su salud, el régimen terapéutico para la atención de padecimientos encarecidos y/o de delicado manejo. Todo esto imposibilita a las familias asumir el cuidado de las personas mayores, generando problemas sociales grandes como son el abandono familiar y social (28).

La necesidad de lugares o de áreas de cuidado para el adulto mayor (casa hogar, asilos, etc.) ha crecido cuantiosamente, pasando de ser instituciones del ámbito privado al público (3)(19). La institucionalización históricamente se correspondió con el requisito de resguardo social. Los asilos o espacios de compasión, como se los designaban hace varios años atrás, se corresponden con la pobreza, la miseria y el abandono, pero a su vez, es donde prevalece un régimen de aislamiento que profesa una enérgica desavenencia en el vínculo familiar (25).

## 2.1.5. Evaluación Geriátrica Integral

Las particulares específicas del adulto mayor, en el que concurren las perspectivas personales de la senectud y la aparición de enfermedades particulares del grupo, conciben de forma ineludible la utilización de un método exclusivo de estimación (2). La EGI emerge, como resultando del crecimiento incontrolado de carencias y dificultades no determinadas oportunamente, de dependencias reversibles no registradas, que se escurren a la evaluación hospitalaria habitual (anamnesis y exploración física) (29).

La EGI es un proceso diagnóstico cuidadoso y organizado que admite descubrir y ponderar las dificultades, carencias y en ocasiones facultades del adulto senil en los ámbitos clínicos, funcionales, mentales y sociales, para elaborar a partir de ellos competencias de actuación, tratamiento y exploración a largo plazo, con el fin de perfeccionar los patrimonios y alcanzar el mayor grado de independencia. LA EGI, es el pilar del cuidado del adulto mayor y la herramienta principal en la ejecución del presente estudio (17)(30).

La EGI se plantea como objetivos (10):

- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno socio-familiar.
- Mejorar la fidelidad diagnóstica en base a un análisis cuádruple: clínico, funcional, mental y social.
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Situar al paciente en el nivel médico y social, evitando siempre la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.
- Establecer un tratamiento holístico y adecuado a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.

Históricamente, la valoración geriátrica integral ha demostrado que sirve para evitar la dependencia y la mortalidad en el grupo etario de los adultos mayores, en ciertas situaciones. La importancia radica exclusivamente en que se debe detectar las enfermedades que pueden ser tratables o controladas en los adultos mayores, pues precisamente estas son las que provocan el deterioro del paciente en forma progresiva (30).

La valoración geriátrica realizada de forma integral y multidisciplinaria consiste en recoger información sobre la causa de la consulta médica, en hacer una evaluación del adulto mayor identificando las enfermedades existentes y los antecedentes médicos, y una valoración integral que aborde las 4 esferas del conocimiento médico (30).:

- a. **Esfera clínica:** para la valoración clínica es necesario realizar un manejo multidisciplinario especializado, pues en los adultos mayores las enfermedades tienen formas atípicas de presentarse como por ejemplo infecciones sin elevación de temperatura, o infartos de miocardio sin sentir ningún tipo de dolor, entre otros. El propio envejecimiento eleva la incidencia de enfermedades, que favorece a la incapacidad del adulto mayor. Esta esfera incluye: anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio, evaluación nutricional.
- b. **Esfera funcional:** en la valoración funcional, lo que corresponde es evaluar la capacidad del paciente para realizar sus actividades habituales, sin ayuda y de manera independiente. Las actividades habituales que deben ser constatadas son, por ejemplo: bañarse, alimentarse, trasladarse, asearse, tener la capacidad de realizar compras, de transportarse de manera segura, evaluar el manejo de su dinero, de cuentas, verificar el uso del teléfono, entre otras actividades. Todas estas actividades rutinarias indicarían que el individuo puede desarrollarse por sí solo.
- c. **Esfera mental:** en la valoración cognitiva se pretende evaluar la función cognitiva y su funcionamiento global, analizando cada una de las diferentes áreas intelectuales, donde se incluyen diferentes ítems como: el pensamiento, la memoria, la percepción, comunicación, orientación comprensión y resolución de problemas. Por lo general, la función cognitiva

suele verse afectada a causa del propio envejecimiento del paciente, lo que puede llegar a afectar directamente la calidad de vida del adulto mayor.

- d. **Esfera social:** en la valoración social se pretende determinar el tipo de relación que tiene el adulto mayor con su entorno o los factores de riesgo a los que puede estarse enfrentando y que deben ser mitigados, con el fin de identificar si es que está sufriendo algún tipo de problema social o económico. Esto se realiza con el fin de planificar algún tipo de intervención en el entorno del adulto mayor, para que pueda mejorar su calidad de vida.

La aplicación correcta de la EGI implica la aplicación de instrumentos de carácter específico como son escalas e índice de valoración, que ayudan al descubrimiento y seguimiento oportuno de problemas. Además, estos instrumentos facilitan la comunicación interdisciplinaria entre los profesionales que estudian al usuario geriatra (15).

## 2.1.6. Escalas de evaluación geriátrica integral EVI

- **Índice de Barthel** o Índice de discapacidad de Mayland; es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatria para evaluar las ABVD en el anciano. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en: unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD (31)(32).

Las categorías del IB se encuentran entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Mientras más cerca está de 0 la puntuación, mayor es el grado de dependencia del examinado; mientras que más cerca de 100 más independencia tiene; con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 (32). La interpretación final se encuentra agrupada en categorías de la siguiente forma:

- ✓ 100 Independencia.
- ✓  $\geq 60$  Dependencia leve.
- ✓ 40 – 55 Dependencia moderada.
- ✓ 21 – 35 Dependencia severa o grave.

- ✓  $\leq 20$  Dependencia total.

Presenta gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular. Útil cuando se necesita un instrumento sensible (32).

— **Escala de Tinetti modificada:** evalúa el riesgo de caída, a través de la determinación de alteraciones en la marcha y en el equilibrio; además, permite valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o músculo - esqueléticos. Esta escala es fiable con una alfa de Cronbach de 0.95. La escala está compuesta por nueve ítems de equilibrio y siete de marcha. Las respuestas se califican como (33):

- 0 la persona no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado, esto se considera como anormal.
- 1, significa que logra los cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales, esta condición se denomina como adaptativa.
- 2, es aquella persona sin dificultades para ejecutar las diferentes tareas de la escala y se considera como normal.

El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo de caídas (33):

- ✓ 25 a 28, riesgo bajo.
- ✓ 20 – 24, el riesgo medio de caídas.
- ✓  $<19$ , el riesgo de caídas es alto.

— **Evaluación Cognitiva (MMSE) modificado:** herramienta empleada para valorar el estado cognitivo, medido en 5 dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. Se caracteriza por un déficit cognitivo múltiple que puede interferir en diferentes niveles de la actividad del individuo. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.72 (34). Los puntajes de evaluación son:

- ✓ 9 – 11: EA grave – demencia.

- ✓ 12 – 23: EA moderada – deterioro.
- ✓ 24 – 26: EA leve – sospecha patológica.
- ✓ 27 – 30: Normal

— **Escala de Valoración Social Gijón:** Es uno de los instrumentos que se ha empezado a utilizar en nuestro país en la última década, ha demostrado ser útil en la detección de riesgo social y también en la problemática social ya establecida en la comunidad. Aplicable en población mayor de 65 años, se caracteriza por ser hetero administrada para exploración de riesgo socio-familiar. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social, La fiabilidad inter – observador es muy elevada (índice de kappa de 0,957) (32). Los parámetros considerados son:

- ✓  $\leq 10$  puntos: Situación social buena – Normal o riesgo social bajo.
- ✓ 10 – 16 puntos: Existe riesgo social intermedio.
- ✓  $> 17$  puntos: Problema social – riesgo social elevado.

— **Escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA):** es un instrumento que permite evaluar el estado nutricional del adulto mayor, identificando o reclasificando a los adultos mayores en riesgo nutricional. Consistencia interna: 0.83. Fiabilidad test – retest medida con el coeficiente de correlación intraclase: 0,89 (35).

Permite evaluación conjunta de áreas como antropometría, evaluación global, dieta y autoevaluación subjetiva. La puntuación total obtenida permite identificar o reclasificar a los adultos mayores en riesgo nutricional y a los que deberían ser intervenidos de acuerdo a normas programáticas establecidas (35). Los valores obtenidos de la suma total del MNA son:

- ✓  $\leq 17,0$ : Mal estado nutricional.
- ✓ 17,1 – 23,5: Riesgo de malnutrición.
- ✓ 23,6 +: Estado nutricional satisfactorio.



## 2.1.7. Índice de Masa Corporal IMC

El índice de Masa Corporal (IMC), es un parámetro confiable para determinar el grado de adiposidad del organismo. Sin embargo, su representatividad como indicador biométrico del estado nutricional puede variar de acuerdo a factores como la edad del individuo, los cambios que sufre la composición corporal a lo largo del ciclo de vida hacen que al llegar el ser humano a la vejez (36). Los valores a considerarse en el adulto mayor son los siguientes:

✓ <= 16,0	Desnutrición severa
✓ 16,1 - 18,4	Desnutrición moderada
✓ 18,5 - 22,0	Bajo peso
✓ 22,1 - 24,9	Peso normal
✓ 25,0 - 29,9	Sobrepeso
✓ 30,0 - 34,9	Obesidad tipo I
✓ 35,0 - 39,9	Obesidad tipo II
✓ 40,0+	Obesidad tipo III

## 2.1.8. Estado actual del conocimiento

En el siglo XXI, resulta trascendental la evaluación geriátrica integral de la población adulta mayor institucionalizada como proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social (29). En este contexto a continuación citaremos algunos trabajos que sustentarán teóricamente la ejecución del actual informe de investigación:

Velasco et al. (37) en su estudio acerca de la funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio – Colombia; encontraron como resultados que el 47.4% eran hombres, con prevalencia del grupo etario entre los 60 y 100 años, con una edad media de 73 años. Respecto a la evaluación de las tareas fundamentales de la vida diaria, el 59.4% de los valorados eran independientes.

Por otro lado, para las actividades instrumentadas de la vida diaria, se tiene que el 67.6% de los adultos mayores presenta una valoración de independiente.

Concluyeron que los adultos mayores adscritos a los Centros Vida de la ciudad de Villavicencio son, en general, adultos mayores funcionales; sin embargo, existe un grupo importante con factores de riesgo, lo que indica que se deben implementar estrategias de prevención de dependencia y promoción de envejecimiento exitoso (37).

Rodríguez et al. (38) desarrollaron un estudio descriptivo, en el 2017; en el que aplicaron diferentes escalas geriátricas y alcanzaron como resultados que el 62.1% de los adultos mayores no presentaron comorbilidad, con un promedio de edad de 84.01 años, el 59.1% de los adultos mayores fueron mujeres, el 59.7% apenas tenían escolaridad básica o primaria.

Se constató fragilidad en el 54.0% de los casos e indicadores de dependencia funcional para las actividades básicas (73.5%) y para las actividades instrumentales (93.1%). Se identificó déficit neurosensorial visual (64.4%) y auditivo (50.6%). El déficit cognitivo fue evaluado en el 50.6% y la depresión fue diagnosticada en el 56.3% de ellos (38).

## CAPÍTULO III

### 3.1. Objetivos

#### 3.1.1. General

- Determinar el estado de salud de la población Adulto Mayor Institucionalizada en la Casa Hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues mediante la evaluación geriátrica integral.

#### 3.1.2. Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor de la casa hogar Rosa Elvira de León.
2. Evaluar en los adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León el nivel de dependencia – independencia, riesgo de caídas, estado cognitivo, riesgo social, riesgo nutricional de acuerdo a las escalas de Barthel, Tinetti, MMSE, Gijón, MNA, contempladas dentro de la valoración geriátrica integral.
3. Establecer el estado de salud del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues.

## CAPÍTULO IV

### Diseño metodológico

#### 4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo analítico de corte transversal.

#### 4.2. Área de estudio

Casa Hogar Rosa Elvira de León, ubicada en la ciudad de Azogues, Av. 24 de Mayo, entre la calle General Enríquez y Av. de los Alcaldes.

#### 4.3. Universo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 50 adultos mayores institucionalizados en la casa hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues, parroquia Azogues. Por ser un universo finito y pequeño, se consideró para el presente estudio la totalidad del universo.

#### 4.4. Criterios de inclusión y exclusión

– **Inclusión:**

- a. Adultos Mayores Institucionalizados en la Casa Hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues que acepten y firmen el formulario de consentimiento informado al momento de la investigación.

– **Exclusión:**

- a. Adulto Mayor institucionalizado con imposibilidad de tipo visual o auditiva que dificulté la Evaluación Geriátrica Integral.
- b. Adulto Mayor institucionalizado que por algún motivo médico no se encontrara en el momento de la aplicación de las escalas.

#### 4.5. Variables y Operacionalización:

Las variables consideradas para la investigación fueron:

1. Variables independientes: edad, sexo.

2. Variables dependientes: evaluación geriátrica integral (nivel de independencia actividades diarias, riesgo de caídas, estado cognitivo, riesgo social y riesgo nutricional)
3. Variables intervinientes: estado civil, etnia, nivel de escolaridad, procedencia, religión, estrato social.

La Operacionalización de las variables consta en el anexo N° 1.

## 4.6. Técnicas e instrumentos

**Método:** el método utilizado fue cuantitativo, descriptivo con registro permanente de la información obtenida por parte de la autora del estudio.

**Técnica:** la técnica empleada fue la encuesta para la recopilación de la información necesaria.

**Instrumentos:** el instrumento utilizado fue el cuestionario (Anexo 2) que contenía en su estructura datos demográficos; además, las escalas que permitieron realizar la Evaluación Geriátrica Integral, mismas que se describen a continuación:

— **Índice de Barthel (IB):** instrumento para evaluar las ABVD en el anciano. Este índice consta de diez parámetros (31,32). Las categorías del IB se encuentran entre 0 y 100. Mientras más cerca está de 0 la puntuación, mayor es el grado de dependencia del examinado y viceversa; con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 (32). La interpretación final se encuentra agrupada en categorías de la siguiente forma:

- ✓ 100            Independencia.
- ✓  $\geq 60$         Dependencia leve.
- ✓ 40 – 55        Dependencia moderada.
- ✓ 21 – 35        Dependencia severa o grave.
- ✓  $\leq 20$         Dependencia total.

— **Escala de Tinetti modificada:** evalúa el riesgo de caída, a través de la determinación de alteraciones en la marcha y en el equilibrio. Esta escala es fiable con una alfa de Cronbach de 0.95. Está compuesta por nueve ítems de equilibrio y siete de marcha valoradas de la siguiente forma (33):

- a. 0 inestabilidad o marcha inapropiado, anormal.

- b. 1 posición y patrones de marcha con compensaciones posturales.
- c. 2 posición y marcha sin dificultades, normal.

El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo de caídas (33):

- ✓ 25 a 28, riesgo bajo.
- ✓ 20 – 24, el riesgo medio de caídas.
- ✓ <19, el riesgo de caídas es alto.

— **Evaluación Cognitiva (MMSE) modificado:** valora el estado cognitivo, medido en 5 dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. Con un alfa de Cronbach de 0.72 (34). Los puntajes de evaluación son:

- ✓ 9 – 11: EA grave – demencia.
- ✓ 12 – 23: EA moderada – deterioro.
- ✓ 24 – 26: EA leve – sospecha patológica.
- ✓ 27 – 30: Normal

Consta de 11 ítems, con una puntuación máxima de 30 puntos, y un punto de corte de 24 puntos, mediante el cual se alcanza una sensibilidad para la detección de demencia superior a 80%. Puntuaciones de menos de 24 puntos son anormales e indican deterioro cognitivo severo.

— **Escala de Valoración Social Gijón:** instrumentos que identifica riesgo social y problemática social. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social, La fiabilidad inter – observador es muy elevada (índice de kappa de 0,957) (32). Los parámetros considerados son:

- ✓ <= 10 puntos: Situación social buena – Normal o riesgo social bajo.
- ✓ 10 – 16 puntos: Existe riesgo social intermedio.
- ✓ > 17 puntos: Problema social – riesgo social elevado.

— **Escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA):** instrumento de cribado (procedimiento estandarizado) para evaluar el estado nutricional del adulto mayor. Consistencia interna: 0.83. Fiabilidad test – retest

# UCUENCA

medida con el coeficiente de correlación intraclase: 0,89. La puntuación total obtenida permite identificar o reclasificar a los adultos mayores en riesgo nutricional y a los que tienen mal estado nutricional (35). Los valores obtenidos de la suma total del MNA son:

- ✓  $\leq 17,0$ : Mal estado nutricional.
- ✓ 17,1 – 23,5: Riesgo de malnutrición.
- ✓ 23,6 +: Estado nutricional satisfactorio.

– **Índice de Masa Corporal (IMC):** parámetro confiable para determinar el grado de adiposidad del organismo, resultante de una operación entre el peso y talla en metros al cuadrado (36). Los valores a considerarse en el adulto mayor son los siguientes:

- ✓  $\leq 16,0$  Desnutrición severa
- ✓ 16,1 - 18,4 Desnutrición moderada
- ✓ 18,5 - 22,0 Bajo peso
- ✓ 22,1 - 24,9 Peso normal
- ✓ 25,0 - 29,9 Sobrepeso
- ✓ 30,0 - 34,9 Obesidad tipo I
- ✓ 35,0 - 39,9 Obesidad tipo II
- ✓ 40,0+ Obesidad tipo III

La encuesta utilizada no fue sometida a **prueba piloto**, considerando que las escalas utilizadas cuentan con validación internacional, mismas que certifican su idoneidad en el presente trabajo de investigación.

## Procedimientos

- *Autorización:* por parte del CTT, Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y la autorización de la Dirección de la Casa Hogar Rosa Elvira de León (Anexo N°3 y 4).
- *Capacitación:* se consultó a especialistas, se realizó búsquedas bibliográficas en revistas científicas, y otras fuentes actualizadas.
- *Supervisión:* estuvo a cargo de la Lcda. Patricia Piedad Naulaguari Medina Mgt., directora y asesora del trabajo de investigación.

## 4.7. Plan de tabulación y análisis

— Los datos fueron recopilados en un formulario validado y procesados con el programa estadístico SPSS v 24. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes, los resultados se presentan mediante tablas simples y de contingencia.

## 4.8. Aspectos éticos

En el presente estudio se respetaron los tratados internacionales para las investigaciones con seres humanos estipuladas en las Normas de Helsinki y en las Normas para realizar investigaciones en seres humanos emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

**Riesgo:** El estudio por su naturaleza no tuvo riesgo para los adultos mayores, pues no se realizaron intervenciones o procedimientos que podían poner en peligro la integridad física o la vida de los mismos. Los datos se obtuvieron mediante una evaluación integral no invasiva con la utilización de técnicas como la inspección, palpación, auscultación y percusión; así como, la aplicación de escalas internacionales validadas, por lo tanto, no representaron riesgo alguno para la población de estudio.

**Autonomía:** La participación en el estudio fue totalmente voluntaria, todos los adultos mayores aceptaron participar.

**Confidencialidad:** Los datos o la información personal de los adultos mayores fueron manejados de manera absolutamente confidencial, para ello se identificó a cada participante mediante codificación basada en el número de cédula al que se antepuso el número de cama, código que fue de conocimiento exclusivo de la investigadora, respetando con ello el anonimato.

La información obtenida fue utilizada de manera exclusiva para la presente investigación. El manejo de la base de datos y formularios estuvo a cargo únicamente de la investigadora. Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años; cumplido el tiempo se eliminarán los archivos.



# UCUENCA

- A cada adulto mayor se solicitó la firma del Consentimiento Informado (anexo 5) previa explicación de forma clara, comprensible y sucinta del objetivo del presente estudio. El presente trabajo servirá para proporcionar al equipo de salud información importante relacionada con la condición de salud de la población adulta mayor de un Centro gerontológico del cantón Azogues, provincia del Cañar. La información obtenida con el presente trabajo de investigación servirá de base actualizada para la determinación de directrices, así como para establecer protocolos y/o guías que permitan direccionar de forma adecuada, oportuna y fundamentada la atención de la población adulta mayor institucionalizada.

## CAPÍTULO V

### Resultados

#### 5.1. Caracterización de la población de estudio

**Tabla 1.**  
**Características sociodemográficas de la población adulta mayor, Casa Hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad<sup>1</sup></b>		
60 – 64 años adulto mayor joven	10	20,0
65 – 74 años adulto mayor maduro	28	56,0
75 – 84 años adulto mayor	4	8,0
85 – 99 años anciano	8	16,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	32,0
Femenino	34	68,0
<b>Estado civil</b>		
Sotero/a	9	18,0
Casado/a	15	30,0
Unión libre	3	6,0
Divorciado/a	19	38,0
Viudo/a	4	8,0
<b>Procedencia</b>		
Azuay	7	14,0
Cañar	37	74,0
Otras provincias	6	12,0
<b>Escolaridad</b>		
Primaria completa	30	60,0
Primaria incompleta	12	24,0
Secundaria incompleta	8	16,0
<b>Religión</b>		
Católico	38	76,0
Evangélico	7	14,0
Cristiano	5	10,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

$\bar{X}$  de edad de 79.43 años (DS de 10,573)., edad mínima de 60 años, edad máxima de 98 años, moda de 74 años,

Los adultos mayores presentan una mayor prevalencia del sexo femenino en una proporción de 3:1, de estado civil divorciadas (n=19; 38%), mayoritariamente oriundos de la provincia del Cañar. En relación a la escolaridad el 24% tienen solo primaria incompleta y profesan la religión católica en su mayoría.

<sup>1</sup> Último consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA). Disponible en: <file:///Users/macbook/Downloads/1189-757-1-PB.pdf>

## 5.2. Evaluación Geriátrica Integral y estado de salud

**Tabla 2.**

**Valoración de la funcionalidad en los adultos mayores institucionalizados, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Escala							
	0		5		10		15	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Comer	7	14	4	8	39	78	0	0
Lavarse	6	12	44	88	0	0	0	0
Vestirse	7	14	15	30	28	56	0	0
Arreglarse	7	14	43	86	0	0	0	0
Deposiciones	8	16	13	26	29	58	0	0
Micciones	7	14	18	36	25	50	0	0
Usar el retrete	7	14	25	50	18	36	0	0
Trasladarse	9	18	24	48	12	24	5	10
Deambular	9	18	24	48	12	24	5	10
Subir y bajar escalones	12	24	34	68	4	8	0	0

En la valoración de la funcionalidad, la escala de Barthel permitió identificar, que en las actividades relacionadas con el autocuidado como: comer (78%), lavarse (88%), vestirse (56%), arreglarse (86%), presentan puntuaciones altas, que indican su nivel de independencia para realizarlas. En actividades de eliminación: deposición (58%), micción (50%) y uso del retrete (50%), requieren de apoyo para poder realizarlas. Y en las actividades de movilidad: trasladarse y deambular (48%), subir y bajar escalones (68%) requieren de gran ayuda para realizarlas.

**Tabla 3.**

**Distribución de los adultos mayores institucionalizados, según nivel de independencia, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<= 20: Dependencia total	7	14
21 – 35: Dependencia grave	3	6
40 – 55: Dependencia Moderada	5	10
≥ 60: Dependencia Leve	8	16
100: Independencia total	27	54
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Al aplicar el índice de Barthel<sup>2</sup>, se determinó la existencia de dependencia en sus diferentes niveles, la independientes para la realización de actividades básicas de la vida diaria se encontró un 54% de adultos mayores.

<sup>2</sup> Puntuación de la escala de Independencia funcional por categorías de dependencia. Shan et al. J Clin Epidemiol 2018; 42:703 – 9

**Tabla 4.**  
**Valoración del riesgo de caídas en los adultos mayores institucionalizados, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Escala					
	0		1		2	
	F	%	F	%	F	%
<b>Equilibrio</b>						
Equilibrio sentado	21	42	29	58	0	0
Levantarse de la silla	15	30	21	42	14	28
En el intento de levantarse	16	32	24	48	10	20
Equilibrio de pié (primeros 5 segundos)	29	58	12	24	9	18
Equilibrio de pié prolongado	31	62	10	20	9	18
Romberg sensibilizado	32	64	9	18	9	18
Romberg	31	62	19	38	0	0
Girar en 360°	30	60	20	40	0	0
Sentarse	28	56	7	14	15	30
<b>Marcha</b>						
Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente)	30	60	20	40	0	0
Longitud y altura del paso: pie derecho	28	56	22	44	0	0
Longitud y altura del paso: pie izquierdo	31	62	19	38	0	0
Simetría del paso	30	60	20	40	0	0
Continuidad del paso	32	64	18	36	0	0
Trayectoria	28	56	15	30	7	14
Tronco	27	54	14	28	9	18
Movimiento en la deambulaci3n	32	64	18	36	0	0

Al realizar la valoraci3n del riesgo de caídas mediante la escala de Tinetti, la poblaci3n estudiada present3 en el equilibrio mayor tendencia a la puntuaci3n baja (cero) en sus últimos parámetros: equilibrio de pie, equilibrio de pie prolongado, Romberg sensibilizado, Romberg, Girar en 360° y al sentarse. De forma similar ocurri3 con la marcha, en donde todos los ítems presentaron esta predisposici3n.

**Tabla 5.**  
**Distribuci3n de los adultos mayores institucionalizados, segun riesgo de caídas, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
< 19 Alto riesgo	28	56
20 – 24 Riesgo medio	17	34
25 a 28 Riesgo bajo	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Las caídas son la causa principal de lesiones en los adultos mayores, en la casa Hogar Rosa Elvira de León de acuerdo a la escala de Tinetti los adultos mayores institucionalizados presentan alto riesgo de caídas 56%.

**Tabla 6.**  
**Valoración del estado cognitivo en los adultos mayores institucionalizados, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Escala			
	0		1	
	F	%	F	%
Orientación en el tiempo	22	44	28	56
Orientación en el espacio	18	36	32	64
Memoria	33	66	17	34
Atención y cálculo	42	84	8	16
Memoria diferida	36	72	14	28
Denominación	37	74	13	26
Repetición de una frase	19	38	31	62
Comprensión – ejecución de orden	35	70	15	30
Lectura	38	76	12	24
Escritura	41	82	9	18
Copia de un dibujo	34	68	16	32

La valoración del estado cognitivo mediante el MMSE modificado, evidencio el deterioro que los adultos mayores presentan en la mayoría de las dimensiones evaluadas, tan solo la orientación en tiempo (56%) y espacio (64%), así como la repetición de frases (62%), se encuentran en un nivel alto; mientras que, todas las demás esferas están en niveles bajos que marcan deterioro en la cognición.

**Tabla 7.**  
**Distribución de los adultos mayores institucionalizados, según estado cognitivo, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
9 – 11: EA grave – demencia	9	18
12 – 23: EA moderada – deterioro	22	44
24 – 26: EA leve – sospecha patológica	19	38
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Al aplicar el MMSE, se encontró que los adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León presentan algún nivel de deterioro del estado cognitivo, siendo preocupante la existencia de adultos mayores con estados cognitivos alterados graves (18%), que junto al alto riesgo de caídas, se constituyen en un factor de riesgo importante de accidentes o lesiones no intencionales.

**Tabla 8.**  
**Valoración del área socio – familiar en los adultos mayores institucionalizados, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Escala									
	1		2		3		4		5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Situación familiar	0	0	0	0	0	0	37	74	13	26
Situación económica	0	0	0	0	12	24	22	44	16	32
Vivienda	0	0	10	20	26	52	14	28	0	0
Relaciones sociales	0	0	18	36	10	20	0	0	22	44
Apoyo de la red social	5	10	34	68	9	18	0	0	2	4

En el área socio – familiar, los adultos mayores del estudio presentan en el ámbito familiar problema social (74%), debido al distanciamiento y abandono de sus familias; de igual manera se observa en el ámbito económico en la mayor parte de la población estudiada (44%). Con respecto a la vivienda, la casa hogar es residencia permanente de la población adulta mayor, por lo tanto, evaluó su condición estructural, encontrando que existe humedad, equipamiento inadecuado (52%).

En las relaciones sociales, el 44% no sale y no recibe visitas; y, en apoyo de la red social el 68% cuenta con el apoyo de voluntariado, pues la institución se mantiene mediante la autogestión. En este último aspecto, es notorio que el 10% cuentan con apoyo de algunos familiares lejanos y de vecinos, más no familiares dentro de su primera línea de consanguinidad.

**Tabla 9.**  
**Distribución de los adultos mayores institucionalizados, según riesgo social, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Escala social Gijón</b>		
< = 10: situación social normal	32	64
10 – 16: Existe riesgo social intermedio	4	8
>17: Problema social – riesgo elevado	14	28
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

La escala social de Gijón determinó que la población de adultos mayores institucionalizados en la casa hogar Rosa Elvira de León tienen problemas sociales, relacionados principalmente con el aislamiento familiar en un 28%.

**Tabla 10.**  
**Valoración nutricional en los adultos mayores institucionalizados, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Escala							
	0		1		2		3	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Cribaje</b>								
Pérdida de apetito	16	32	24	48	10	20	0	0
Pérdida reciente de peso (<3 meses)	8	16	11	22	18	36	13	26
Movilidad	14	28	22	44	14	28	0	0
Enfermedad aguda o estrés (3 meses)	5	10	45	90	0	0	0	0
Problemas neuropsicológicos	9	18	22	44	19	38	0	0
Índice de Masa Corporal	40	80	14	28	2	4	0	0
<b>Evaluación</b>								
Paciente vive independiente	50	100	0	0	0	0	0	0
Toma más de 3 medicamentos al día	45	90	5	10	0	0	0	0
Úlceras o lesiones cutáneas	3	6	47	94	0	0	0	0
Número de comidas completas	2	4	4	8	44	88	0	0
Alimentación nutritiva	0	0	7	14	43	86	0	0
Consumo de frutas o verduras (2 veces)	8	16	42	84	0	0	0	0
Vasos de agua o líquidos al día	7	14	33	66	10	20	0	0
Forma de alimentarse	7	14	4	8	39	78	0	0
Percepción de su estado nutricional	6	12	37	74	7	14	0	0
Percepción de estado salud	4	8	30	60	9	18	7	14
Circunferencia braquial	8	16	28	56	14	28	0	0
Circunferencia de la pantorrilla	9	18	41	82	0	0	0	0

En la valoración nutricional, se encontró que en el cribaje el 48% ha presentado pérdida de apetito, con pérdida reciente de peso entre 1 a 3Kg (36%), con movilidad autónoma en su espacio (44%) y sin la identificación de enfermedad aguda o por estrés (90%); con problemas neuropsicológicos en el 44% (demencia leve) y con IMC < a 19 en un 80%. Completando la evaluación mediante el MNA, se determinó que el 100% no vive independiente, el 90% toma más de tres medicamentos, el 94% no tiene úlceras o lesiones cutáneas, el 88% recibe tres comidas al día, en las cuáles el 86% contiene productos lácteos, huevos, legumbres, carnes. El 84% consume frutas al menos dos veces al día, el 66% toma de tres a cinco vasos de agua u otros líquidos al día. El 78% se alimenta solo sin dificultad.

En cuanto a como percibe su estado nutricional y de salud, el 74% y 60% respectivamente no sabe cual es su condición, y la circunferencia braquial y de pantorrilla se encuentran dentro de parámetros normales.

**Tabla 11.**

**Distribución de los adultos mayores institucionalizados, según riesgo nutricional, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<= 17,0: Mal estado nutricional	8	16
17,1 – 23,5: Riesgo de malnutrición	36	72
23,6 +: Estado nutricional satisfactorio	6	12
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

En la valoración del estado nutricional con la escala MNA, se pudo detectar que los adultos mayores presentan riesgo de malnutrición y mal estado nutricional en un 72% y 16% respectivamente.

### 5.3. Estado de salud

**Tabla 12.**

**Distribución de los adultos mayores institucionalizados, según estado de salud y sexo, casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021**

ESCALAS		Sexo				Total
		Masculino		Femenino		
		F	%	F	%	
<b>Escala de Barthel</b>	<= 20: Dependencia total	3	6	4	8	7
	21 – 60: Dependencia grave	1	2	2	4	3
	61 – 90: Dependencia Moderada	5	10	0	0	5
	91 – 99: Dependencia Leve	1	2	7	14	1
	100: Independencia total	6	12	21	42	27
<b>Escala Tinetti</b>	< =19: Alto riesgo de caídas	7	14	24	48	31
	20 +: Riesgo de caídas	9	18	10	20	19
<b>MMSE</b>	< 10: EA grave	3	6	6	12	9
	11 – 14: EA moderada	9	18	13	26	22
	15 – 20: EA leve	4	8	15	30	19
<b>Gijón</b>	< = 9: situación social buena/aceptable	5	10	27	54	32
	10 – 14: Existe riesgo social	2	4	2	4	4
	15 +: Problema social	9	18	5	10	14
<b>MNA</b>	<= 17,0: Mal estado nutricional	2	4	6	12	8
	17,1 – 23,5: Riesgo de malnutrición	12	24	24	48	36
	23,6 +: Estado nutricional satisfactorio	2	4	4	8	6

De acuerdo a la distribución de la población por sexo, existe una mayor proporción del sexo femenino, en este sentido, al analizar la funcionalidad, se puede observar que las mujeres presentan independencia total 42%. En cuanto al riesgo de caídas, las mujeres presentan un 48% de alto riesgo, con deterioro cognitivo leve en un 30%. De acuerdo a Gijón el 54% presenta una buena situación socio – familiar; y, por último la valoración nutricional muestra que el 48% de las mujeres presentan riesgo de malnutrición.



## CAPÍTULO VI

### Discusión

El proceso de envejecimiento involucra intrínsecamente la reducción de la capacidad física y/o el desarrollo de deterioro cognitivo de un individuo; no obstante, diversas patologías, accidentes, historia de vida, carga genética y aspectos biopsicosociales pueden influir en la velocidad y severidad de tales condiciones, alcanzando incluso la condición de dependencia funcional (19).

El incremento de la población geriátrica y la morbimortalidad que la caracteriza, requieren de la utilización de herramientas que permitan una valoración integral, con el fin de disponer de datos suficientes sobre las necesidades, problemas y capacidades que tienen los adultos mayores (16)(32).

Es por ello que es fundamental realizar una evaluación geriátrica integral, la cual se manifiesta como un instrumento que permite una evaluación del estado funcional, cognitivo, social y nutricional en el paciente adulto mayor, permitiendo un adecuado diagnóstico de las enfermedades y síndromes que se desarrollan en este grupo poblacional de forma frecuente, con el propósito de mejorar la calidad de vida mediante un manejo multidisciplinario y el empleo de diversas escalas que ayudan a valorar el estado físico y mental del paciente (32).

Hablar de estado de salud resulta interminable; se reconoce dentro de las debilidades del estudio no incluir una valoración geriátrica integral de mayor amplitud, reconociendo una exploración física detallada, inmunizaciones, alteraciones en el sueño, riesgo de úlceras por presión, debilidad muscular, tipo de familia y más síndromes geriátricos.

Se debe considerar que este estudio se llevó a cabo en tiempos de pandemia por CoVid-19, existiendo restricciones dispuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ministerio de Inclusión Económica y Social, y las autoridades de la Casa hogar, entre las que se encontraron la reducción del tiempo que los adultos mayores podían estar acompañados por la investigadora, y con ello reducción del tiempo requerido para el desarrollo de una VGI de mayor amplitud.

Al igual que en otros estudios, la población de la casa hogar Rosa Elvira de León es en promedio de 65 – 74 años, con un promedio de 79.43 años, predominando el sexo femenino 68%, de estado civil divorciados, de escolaridad primaria incompleta y religión católica.

En el estudio realizado por Cervantes Becerra R, et al (16) se encontró que el promedio de edad era de 72,32 años, con predominio del sexo femenino (63,3%) guardando relación con los resultados del estudio nacional. Mientras tanto, Bejines – Soto M, et al (18) en su trabajo realizado en Guadalajara, México, el promedio de edad fue de 81 años, con edades que oscilaron entre los 60 y 104 años, estado civil viudo (39,6%).

Vargas – Ricardo S y Melguizo – Herrera E (20), en su trabajo de investigación determinaron que la edad promedio de la población fue los 71 años, con predominó el sexo femenino (55,7%), escolaridad primaria (49,6 %). Se observó independencia para realizar actividades básicas (86,3%) e instrumentales de la vida diaria (60,8%), percibir su salud como buena (51,4%), percibir la calidad de vida relacionada con salud como excelente (87,4%).

Petronila-Gómez L, Aragón – Chicharro S, Calvo – Morcuende B (42), en su trabajo identificaron en cuanto a la funcionalidad medida mediante el Índice de Barthel, que todos los ancianos que sufrieron caídas tenían algún tipo de dependencia para las ABVD, mientras que en los ancianos sin caídas un pequeño porcentaje mantenía su independencia en las mismas. Mientras que en los ancianos sin caídas predominó la dependencia total (54,41%), en los ancianos caídos destacaron con un mismo porcentaje la dependencia moderada y la importante (32,5%), es decir, mantenían una mayor funcionalidad.

En el contexto del estudio realizado en la casa hogar Rosa Elvira de León, los adultos mayores presentan independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, principalmente aquellas relacionadas con el autocuidado como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse; sin embargo, las instrumentales no pudieron ser evaluadas por encontrarse institucionalizados y con permanencia debido a la pandemia.

En la valoración nutricional, el 48% ha presentado pérdida de apetito, con pérdida reciente de peso entre 1 a 3Kg (36%), y sin la identificación de enfermedad aguda o por estrés (90%); con problemas neuropsicológicos en el 44% (demencia leve) y con IMC < a 19 en un 80%, detectando que el 72% presentan riesgo de malnutrición y el 16% mal estado nutricional. Además, en cuanto a la percepción de su estado nutricional y de salud, el 74% y 60% respectivamente no sabe cual es su condición.

Suárez T, et al (21), también en su estudio, encontraron que el 58% de los sujetos presentaron riesgo nutricional y 14% malnutrición siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). Por edad, los ancianos y longevos mostraron mayor malnutrición y riesgo (88%) que los de edad avanzada. 61,1% del grupo de riesgo tuvo una ingesta inadecuada en comparación con el grupo Estado Nutricional normal (32,1%).

Asimismo, Vargas – Ricardo S y Melguizo – Herrera E (20), observaron alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5%), no presentar síntomas depresivos con significancia clínica (86.9 %). Mientras que nuestra población de adultos mayores tienen problemas sociales, relacionados principalmente con el aislamiento familiar en un 28%.

Contrariamente a lo reportado, Velasco – Hernández X, et al (36), describen que el 47,4% de la población en estudio son hombres y el 52,6 % son mujeres con edades entre los 60 y 100 años, con una edad mediana de 73 años. Respecto a la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, el 59,4% de los adultos mayores son independientes. Por otro lado, para las actividades instrumentadas de la vida diaria, se tiene que el 67,6% de los adultos mayores presenta una valoración de independiente.

Las caídas suponen un factor de fragilidad en la población anciana y son uno de los grandes síndromes geriátricos, con una alta prevalencia, llegando a constituir un problema mundial de salud pública. Petronila-Gómez L, Aragón – Chicharro S, Calvo – Morcuende B (42), en su trabajo identificaron un 37,04% riesgo de caídas en adultos mayores, predominando el sexo femenino. Predominaron las caídas ocurridas en la mañana, en la habitación, producidas por pérdida de equilibrio y que no causaron daños aparentes. Se observó una relación significativamente

estadística entre las caídas y el estado cognitivo; no fue así en el caso de la polimedicación, funcionalidad y movilidad; pese a ello, se observaron tendencias muy diferentes entre ancianos caídos y sin caídas.

En relación con las caídas, los adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León presentaron pérdida del equilibrio manifestada por dificultad para mantener el equilibrio de pie, equilibrio de pie prolongado, Romberg sensibilizado, Romberg, Girar en 360° y al sentarse, lo cual también se manifestó de forma similar en la marcha.

Con lo cual la población estudiada tienen alto riesgo de caídas (56%) y riesgo medio (34%), requiriendo frente ello establecer medidas de prevención. A esto se suma la existencia de estados cognitivos alterados graves (18%) y estados cognitivos alterados moderadamente (44%), que junto al alto riesgo de caídas, se constituyen en un factor de riesgo importante de accidentes o lesiones no intencionales en la población adulta mayor.

Complementando este aspecto, Pérez-Hernández M, et al (41) en su estudio sobre el Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México, determinaron que la evaluación del riesgo de caída con la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio mostró un predominio de adultos mayores institucionalizados con alto riesgo de caída (44%), casi en la misma proporción en quienes se identificó grado de deterioro cognitivo moderado y severo (51%).

El 25% de los adultos mayores no tenía riesgo de caída. El análisis de la interacción entre deterioro cognitivo y riesgo de caída demostró un comportamiento directamente proporcional entre las variables con un valor de  $r = -0.3616$  y  $p = 0.0049$ , lo que evidencia que entre menor sea el deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados menor será el riesgo de caída estado cognitivo normal, 45% deterioro leve, 15% deterioro moderado y 3.5% deterioro severo (41).

## CAPÍTULO VII

### Conclusiones y Recomendaciones

#### 7.1 Conclusiones

- Según las características sociodemográficas de los adultos mayores se determinó una edad media de 79.43 años (DS  $\pm$  10,573), con un mayor porcentaje del sexo femenino 68%, estado civil divorciados 38%, nivel escolar primaria completa 60%, religión católica 76%, procedentes del Cañar 74%.<sup>[1]</sup><sup>[SEP]</sup>
- De acuerdo a la valoración geriátrica integral, es un instrumento útil y fácil de aplicar e interpretar, adecuado para que el profesional de enfermería realice el diagnóstico situacional sobre la funcionalidad del adulto mayor, encontrando que los adultos mayores de la casa hogar Rosa Elvira de León es independiente en un 54% de las ABVD, con un alto riesgo de caídas en 56%, con un estado cognitivo alterado grave en un 18%.
- En relación al área socio – familiar, los adultos mayores presentaron problemas sociales, relacionados principalmente con el aislamiento familiar en un 28%. Y en la valoración nutricional presentan riesgo de malnutrición y mal estado nutricional en un 72% y 16% respectivamente.
- En la relación de la población por sexo y la EGI, se encontró una mayor proporción del sexo femenino, con independencia total en un 42%, con un alto riesgo de caídas en un 48%, con deterioro cognitivo leve en un 30%, el 54% presenta una buena situación socio – familiar; y, el 48% de las mujeres presentan riesgo de malnutrición.

#### 7.2 Recomendaciones

- Instaurar en las instituciones encargadas del cuidado de los adultos mayores institucionalizados, asilos, casas hogar entre otras, estrategias que permitan una evaluación geriátrica integral permanente en busca de identificar oportunamente problemas que afecten la salud de esta población.

# UCUENCA

- Promover la colaboración activa de la familia en el cuidado del adulto mayor institucionalizado; a través de estrategias educación masiva de concientización del cuidado del adulto mayor; generando conciencia social y compromiso moral hacia esta población vulnerable.
- Difundir el presente informe de investigación en las instituciones encargadas del cuidado de la población geriátrica y en las de educación superior delegadas a la formación de profesionales de la salud, para que comprendan la magnitud del problema y con ello estructuren y ejecuten proyectos en poblaciones de zonas geográficas diferentes, que permitan ampliar el perfil de la población adulta mayor institucionalizada valorada a través de las diferentes escalas de evaluación.

## CAPÍTULO VIII

### Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t es&p=314&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=314&lang=es)
2. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Scielo. [Internet]. 2015 [citado 2021 Sep 17];13(2): Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003)
3. Varela Pinedo L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 17];33(2): Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/199-201/>
4. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento. ONU. [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. OMS. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
6. Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Sep 18]; 84( 2 ): 169-184. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es).
7. Rubio-Olivares D, Rivera-Martínez L, Borges-Oquendo L, González-Crespo F. "Calidad de vida en el adulto mayor". VARONA [Internet]. 2015; (61):1-7. Recuperado de: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>
8. Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas.

- Gerokomos [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Oct 09]; 27(3): 104-108. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es).
9. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Oct 09]; 33(2): 321-327. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200018&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200018&lng=es).
10. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Oct 09]; 60(3): 38-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-174220170003000038&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-174220170003000038&lng=es).
11. Domínguez-Ardilla A, García-Manríquez J. Valoración geriátrica integral. Elsevier. [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Oct 09]; 21(1):1-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>
12. Vásquez R, Rodríguez A. La actividad física para el desarrollo la calidad de vida de adultos mayores con diabetes TIPO II. Rev Cien Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Internet]. 2019 [citado 2021 Sep 1]; 3(1):362-386. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/375/579>
13. Guerrero-R N, Yépez-Ch M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. [Internet]. 2015 [citado 2021 Sep 1];17(1):121-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
14. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores. MIES. [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 1]. Disponible en: [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas\\_ADULTOS.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf)
15. Kameyama FL. Valoración geriátrica integral. Punto de vista. [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 1]; 5(2):55-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>
16. Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza E, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria



- a partir de una valoración geriátrica integral. Elsevier Aten Primaria. [Internet]. 2015 [citado 2021 Sep 1]; 47(6):329-335. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
17. Rodríguez RJR, Zas TV, Silva JE, Sanchoyerto LR, Cervantes RMC. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. [Internet]. 2017[citado 2021 Sep 1];9(1):35-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2014/pcs141f.pdf>
  18. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez L, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2015[citado 2021 Jul 1];23(1):9-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
  19. Guzmán-Olea E, Pimentel-Pérez BM, Salas-Casas A, Armenta-Carrasco AI, Oliver-González LB, Agis-Juárez RA. Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. Acta Universitaria [Internet]. 2016[citado 2021 Sep 1];26(6):53-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41649084007>
  20. Vargas-Ricardo S, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Rev Salud Pública. [Internet]. 2017[citado 2021 Sep 1];19(4):549-554. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255042002>
  21. Suárez T, Lucas Di Stéfano F, Rossi M, Leal M, Cynthia M, Herrera J, Lavanda I, Carrazana C. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. Rev. Electron Biomed/Electron J Blomed. [Internet]. 2015[citado 2021 Sep 1];1:9-15. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html>
  22. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017. MSP Ecuador. [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 12]. Disponible en: [https://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/1\\_1%C3%ADneas\\_de\\_investigaci%C3%B3n\\_priorizadas\\_por\\_el\\_ministerio\\_de\\_salud\\_p%C3%BAblica0670108001551892114.pdf](https://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/1_1%C3%ADneas_de_investigaci%C3%B3n_priorizadas_por_el_ministerio_de_salud_p%C3%BAblica0670108001551892114.pdf)

23. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Perfil epidemiológico en el adulto mayor ecuatoriano. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Economicos/Evolucion\\_de\\_la\\_indus\\_Alimentaria\\_Beb\\_2001-2006/Perfil\\_Epidemiologico\\_Adul\\_Mayor\\_2006.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimentaria_Beb_2001-2006/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf)
24. Guevara-Peña N. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. Entramado. 2016;12(1):138-151. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>
25. González J. Teorías de Envejecimiento. Tribuna del Investigador. [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 12]; 11(1). Disponible en: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
26. Villacís B., Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición especial revista Analitika. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito – Ecuador. 2012. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>
27. Calero Morales S, Klever Díaz T, Caiza Cumbajin M, Rodríguez Torres Á, Analuiza Analuiza E. Influencia de las actividades físico - recreativas en la autoestima del adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Sep 24]; 35(4):366-374. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es).
28. Silveira YP, Faez Menéndez M, San Miguel Borges J, Diaz Boloy M. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. Rev. inf. cient. [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 24];95(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/78>
29. Tirado J. Envejecimiento, conocimiento del cuidado enfermero: consideraciones generales. Senén. [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 24];95(5). Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/L92WEBBCD.pdf>
30. Trigués M. Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland. Meiga. [Internet]. 2015 [citado 2021 Sep 2]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>

31. Sanjoaquin-Romero A, Fernández-Arin E, Mesa-Lampre M, García-Arilla E. Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriátria para residentes. Págs. 59-68. Disponible en: [https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004\\_I.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004_I.pdf)
32. Rodríguez Guevara C, Helena Lugo L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev Colomb Reumatol. [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Sep 20];19(4):218-233. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v19n4/v19n4a04.pdf>
33. Smith-Castro V, Castro Rojas M, Salazar Villanea M. Mini Mental State Examination (MMSE). Compendio de Instrumentos de Medición IIP- 2014. [Internet]. 2014 Nov [citado 2021 Sep 20]:274-277. Disponible en: [http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINSTRUMENTOSDEMEDICINIIP-2014\\_5.pdf](http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINSTRUMENTOSDEMEDICINIIP-2014_5.pdf)
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Valoración Nutricional del adulto mayor: módulo 5. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 17]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
35. Lozano E, Calleja J, Mena R. Propuesta para el ajuste del índice de masa corporal para las personas adultas mayores. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 17]. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/IMC.pdf>
36. Velasco B, Salamanca E, Velasco J. Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio – Colombia. *Revista Ciencia Y Cuidado*. [Internet]. 2019 [citado 2021 Sep 17];16(3). Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1556/1758>
37. Rodríguez T, Ayala M, Ortiz M, Ordoñez M, Fabelo J, Iglesias S. Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Sep 20];18(1):138-149. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es).

38. Valdez-Huirache M, Álvarez-Bocanegra C. Qualidade de vida e apoio familiar em idosos atribuídos a uma unidade de medicina familiar. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Sep 24];17(2): 113-121. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es). <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>.
39. Vanegas – Izquierdo P, Peña Cordero S, Salazar Torres K. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2017;12(3):83-87. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/170252187002>
40. Hernández A, Pontes Y, Goñi I. Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Sep [citado 2021 Sep 24]; 32(3): 1184-1192. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000900030&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000900030&lng=es)
41. Pérez-Hernández M, Velasco-Rodríguez R, Maturano-Melgoza J, Hilerio-López Á, García-Hernández L, García-Jiménez M. Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 20];26(3):171-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim183c.pdf>
42. Petronila-Gómez L, Aragón-Chicharro S, Calvo-Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 24]; 28(1): 2-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es).

#### Anexo 1

#### Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	– Período de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha.	– Años	– Años cumplidos	<b>Nominal</b>
<b>Sexo</b>	– Características fenotípicas que diferencian hombres de mujeres.	– Biológica	– Características fenotípicas.	<b>Nominal</b>
<b>Escolaridad</b>	– Estudios académicos culminados al momento del estudio.	– Título o certificado de año acreditado.	– <i>Primaria: completa o incompleta.</i> – <i>Secundaria: completa o incompleta.</i> – <i>Tercer nivel completo e incompleto.</i>	<b>Ordinal</b>
<b>Estado Civil</b>	– Situación legal de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	– Estado civil registrado en la cédula de identidad.	– <i>Soltero</i> – <i>Casado</i> – <i>Divorciado</i> – <i>Unión Libre</i> – <i>Viudo</i>	<b>Nominal</b>
<b>Religión</b>	– Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento.	–	– <i>Católica.</i> – <i>Evangélica.</i> – <i>Cristiana.</i> – <i>Atea.</i> – <i>Otras</i>	<b>Nominal</b>
<b>Procedencia</b>	– Lugar de nacimiento.	– Ciudad/país	– <i>Zona geográfica</i>	<b>Nominal</b>
<b>Riesgo de caídas</b>	– Probabilidad de sufrir un acontecimiento involuntario que provoca pérdida del equilibrio y descenso del cuerpo contra tierra u otra superficie firme que lo detenga.	– Equilibrio – Marcha	– <i>Cae ante cualquier obstáculo es incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso &gt; 2 veces</i> – <i>Capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra</i>	<b>Nominal</b>

# UCUENCA

			<ul style="list-style-type: none"> <li>recuperarse o pierde el paso</li> <li>– Capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.</li> </ul>	
<b>Estado cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Condición mentales que permiten llevar a cabo cualquier actividad o tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fecha de hoy</li> <li>– Nombre tres objetos</li> <li>– Repetición de números invertidos</li> <li>– Manipulación de papel en las manos</li> <li>– Recordatorio de palabras</li> <li>– Copia de dibujo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Puntuación máxima.</li> <li>– NO sugiere déficit cognitivo</li> <li>– SI sugiere déficit cognitivo</li> </ul>	<b>Nominal</b>
<b>Riesgo nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones relacionadas con la nutrición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disminución de ingesta en los últimos meses.</li> <li>– Pérdida de peso</li> <li>– Movilidad</li> <li>– Problemas psicológicos</li> <li>– Problemas neuropsicológicos</li> <li>– ÍMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riesgo de desnutrición ausente.</li> <li>– Riesgo de desnutrición presente</li> <li>– Riesgo de sobrepeso ausente.</li> <li>– Riesgo de sobrepeso presente.</li> </ul>	<b>Nominal</b>
<b>Nivel de independencia para la realización de actividades diarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grado de dificultad para realizar tareas básicas pero fundamentales de la vida diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comer</li> <li>– Bañarse</li> <li>– Vestirse</li> <li>– Aseo personal</li> <li>– Deposición</li> <li>– Micción</li> <li>– Ir al retrete</li> <li>– Traslado sillón – cama</li> <li>– Deambulación</li> <li>– Uso de escaleras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Independencia</li> <li>– Dependencia escasa</li> <li>– Dependencia grave</li> <li>– Dependencia total</li> </ul>	<b>Nominal</b>
<b>Riesgo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Posibilidad que tiene una persona de sufrir un daño de origen o causa social, dependiendo de las condiciones del entorno que rodea al ser humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apoyos social red</li> <li>– Relaciones y contactos sociales</li> <li>– Situación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realidad social aceptable.</li> <li>– Presencia de riesgo social.</li> <li>– Presenta problemas sociales.</li> </ul>	<b>Nominal</b>

Elaborada por: Valverde Neira A.

### FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_

Ficha

Datos de identificación	
Edad: (      ) años	Sexo: M(    ) F(    )
Estado civil 1 Soltero      (    ) 2 Casado        (    ) 3 Unión libre   (    ) 4 Divorciado   (    ) 5 Viudo         (    )	Escolaridad 1 Primaria completa      (    ) 2 Primaria incompleta    (    ) 3 Secundaria completa    (    ) 4 Secundaria incompleta (    ) 5 Tercer nivel             (    )
Religión 1 Católica      (    ) ) 2 Evangélica    (    ) ) 3 Cristiana      (    ) ) 4 Atea            (    ) ) 5 Otras          (    ) )	Procedencia: _____ _____ _____ _____

## INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10



## INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO

A) **EQUILIBRIO** (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos).

■ **Equilibrio sentado**

- 0 - se inclina o se desliza de la silla
- 1 - está estable, seguro

■ **Levantarse de la silla**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - se debe ayudar con los brazos
- 2 - se levanta sin usar los brazos

■ **En el intento de levantarse**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - es capaz pero necesita más de un intento
- 2 - es capaz al primer intento

■ **Equilibrio de pié (los primeros 5 segundos)**

- 0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse
- 2 - estable sin soportes o auxilios

■ **Equilibrio de pié prolongado**

- 0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable pero con base de apoyo amplia (maleolos mediales > 10cm) o usa auxilio
- 2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios

■ **Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, piés juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)**

- 0 - comienza a caer
- 1 - oscila, pero se endereza solo
- 2 - estable

■ **Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)**

- 0 - inestable
- 1 - estable

■ **Girar en 360°**

- 0 - con pasos discontinuos o movimiento no homogéneo
- 1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo
- 0 - inestable (se sujeta, oscila)
- 1 - estable

■ **Sentarse**

- 0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)
- 1 - usa los brazos o tiene un movimiento discontinuo
- 2 - seguro, movimiento continuo

**PUNTAJE EQUILIBRIO**

\_\_\_\_\_/ 16

## ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

B) **MARCHA** (El paciente está de pié; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).

■ Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)

- 0 - con una cierta inseguridad o m3s de un intento
- 1 - ninguna inseguridad

■ Longitud y altura del paso

    Pi3 derecho

- 0 - durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo
- 1 - el pi3 derecho supera al izquierdo
- 0 - el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pi3 derecho se levanta completamente del suelo

    Pi3 izquierdo

- 0 - durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho
- 1 - el pi3 izquierdo supera al derecho
- 0 - el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo

■ Simetría del paso

- 0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo
- 1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales

■ Continuidad del paso

- 0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
- 1 - continuo

■ Trayectoria

- 0 - marcada desviaci3n
- 1 - leve o moderada desviaci3n o necesidad de auxilios
- 2 - ausencia de desviaci3n y de uso de auxilios

■ Tronco

- 0 - marcada oscilaci3n
- 1 - ninguna oscilaci3n, pero flexi3n rodillas, espalda, o abre los brazos durante la marcha
- 2 - ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de los brazos o auxilios

■ Movimiento en la deambulaci3n

- 0 - los talones est3n separados
- 1 - los talones casi se tocan durante la marcha

**PUNTAJE MARCHA**

\_\_\_\_\_/12

**SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: \_\_\_\_\_/28**

<b>MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL<sup>1</sup></b> (Folstein et al. 1975) <b>FICHA N° 3c</b>					
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:	
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO</b>				<b>0</b>	<b>1</b>
En qué Día estamos (fecha):					
En qué mes:					
En qué año					
En qué día de la semana					
¿Qué hora es aproximadamente?					
PUNTUACIÓN (máx. 5)					
<b>ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO</b>					
				<b>0</b>	<b>1</b>
¿En qué lugar estamos ahora?					
¿En qué piso o departamento estamos ahora?					
¿Qué barrio o parroquia es este?					
¿En qué ciudad estamos?					
¿En qué país estamos?					
PUNTUACIÓN:(máx. 5)					
<b>MEMORIA</b>					
<b>CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".</b>					
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.					
				<b>0</b>	<b>1</b>
Papel					
Bicicleta					
Cuchara					
PUNTUACIÓN: (máx. 3)					

<sup>1</sup> Tomado de: Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11

<b>ATENCIÓN Y CÁLCULO:</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	<b>0</b>	<b>1</b>
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
<b>MEMORIA DIFERIDA</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	<b>0</b>	<b>1</b>
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
<b>DENOMINACIÓN</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
<b>REPETICIÓN DE UNA FRASE</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	<b>0</b>	<b>1</b>
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN</b>		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez": "TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"	<b>0</b>	<b>1</b>
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
<b>LECTURA.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>ESCRITURA.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CONSIGNA:</b> "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>COPIA DE UN DIBUJO.</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CONSIGNA:</b> "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> (máx. 30 puntos)		

## ANEXO 4: VALORACIÓN DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR

### Anexo 4.A ESCALA DE GIJÓN

#### Descripción:

- La Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.
- Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal o ausencia de problemática a la evidencia de alguna circunstancia o problema social.
- Población diana: Población mayor de 65 años.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior (“4”).	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5

APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

### Valoración:

Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

PUNTUACIÓN	GRADO DE DETERIORO
<9	Normal o riesgo social bajo
10-15	Riesgo social intermedio
Mayor 16	Problema social establecido

## Mini Nutritional Assessment

### MNA®

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje		
<b>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle el apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</b> 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>	
<b>B Pérdida reciente de peso (&lt;3 meses)</b> 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	
<b>C Movilidad</b> 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>	
<b>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b> 0 = sí    2 = no	<input type="checkbox"/>	
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	
<b>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup></b> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23.	<input type="checkbox"/>	
<b>Evaluación del cribaje</b> (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 puntos:                      estado nutricional normal 8-11 puntos:                        riesgo de malnutrición 0-7 puntos:                          malnutrición		
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		
Evaluación		
<b>G El paciente vive independiente en su domicilio?</b> 1 = sí    0 = no	<input type="checkbox"/>	
<b>H Toma más de 3 medicamentos al día?</b> 0 = sí    1 = no	<input type="checkbox"/>	
<b>I Úlceras o lesiones cutáneas?</b> 0 = sí    1 = no	<input type="checkbox"/>	
<b>J. Cuántas comidas completas toma al día?</b> 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>	
<b>K Consume el paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• productos lácteos al menos una vez al día?                      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> <li>• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?                      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> <li>• carne, pescado o aves, diariamente?                      sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> </ul> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?</b> 0 = no    1 = sí	<input type="checkbox"/>	
<b>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)</b> 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>N Forma de alimentarse</b> 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>	
<b>O Se considera el paciente que está bien nutrido?</b> 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>	
<b>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?</b> 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Q Circunferencia braquial (CB en cm)</b> 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</b> 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>	
<b>Evaluación (máx. 16 puntos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Cribaje</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Evaluación global (máx. 30 puntos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluación del estado nutricional		
De 24 a 30 puntos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	<input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	<input type="checkbox"/>	malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A : M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
 Para más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Oficio Nro. UC-COBIAS-2022-078  
Cuenca, 25 de enero de 2022

Estudiante  
Anabel Cristina Valverde  
Neira

Presente

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación con código **2021-125EO-E** titulado "*Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021*" se encuentra **APROBADO**, en la sesión ordinaria Nro.181 con fecha 24 de enero de 2022.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.
- Formulario de consentimiento informado.
- Oficio de la Carrera de Enfermería



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación **2021-125EO-E**.

Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, la solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada, así como cualquier modificación en el protocolo y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

Digitally signed by

VICENTE MANUEL SOLANO PAUCAY

EC  
2022/01/25 17:23

Dr. Vicente Solano Paucay  
**Presidente del COBIAS-UCuenca**

C/C: archivo.  
Elaborado por: FRA

## ANEXO 4 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Recibido  
Elonice  
13-Dic-2021.  
- 2241965 dudas e inquietudes  
0999 86 2 3063 asesora  
de tesis

Cuenca, 13 de diciembre de 2021

Sra. Lcda.  
Piedad Romo  
**Directora de la casa hogar Rosa Elvira de León**

De mis consideraciones:

Yo Anabel Cristina Valverde Neira CI 0105386262, egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, solicito cordialmente a usted me autorice el levantamiento de la información de la población adulta mayor que se encuentran institucionalizada en la casa hogar que usted tan acertadamente dirige, información que resulta de gran importancia para la realización de mi trabajo de titulación denominado: **"Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021"**, dirigido por la Lcda. Patricia Piedad Naulaguari Medina Mgt., previo la obtención del título de Licenciada en Enfermería

En espera de una respuesta favorable, emito mis más sinceros agradecimientos y el deseo de que tenga éxitos y prosperidad en las actividades que realiza como directora de la entidad.

Atentamente



  
Anabel Cristina Valverde Neira  
CI 0105386262  
**Egresada de la Carrera de Enfermería**

  
Lcda. Patricia Naulaguari Medina Mgt.  
CI 0301511739  
**Directora y asesora**

Copia de respaldo para trabajo de investigación

## ANEXO 5



### UNIVERSIDAD DE CUENCA COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

#### ANEXO 5

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira de León, Azogues 2021"

Datos del equipo de investigación: *(puede agregar las filas necesarias)*

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Anabel Cristina Valverde Neira	0105386262	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?** *(Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar*

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Casa Hogar Rosa Elvira de León. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar o escuchar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario que lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza, está en su derecho y se considerará el tiempo adecuado.

#### Introducción

El incremento de la población geriátrica y la morbilidad que la caracteriza, han requerido de la utilización de herramientas que permitan una valoración integral, con el fin de disponer de datos suficientes sobre las necesidades, problemas y capacidades que tienen los adultos mayores. La evaluación geriátrica integral (EGI) surge, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional. Por ello, la aplicación de la EGI en quienes residen en la casa hogar Rosa Elvira de León facilitará el acercamiento al adulto mayor, se adaptará a los diferentes escenarios y modelos de cuidado.

#### Objetivo del estudio

Determinar el estado de salud de la población Adulto Mayor Institucionalizada en la Casa Hogar Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues mediante la evaluación geriátrica integral.

#### Descripción de los procedimientos

Si usted acepta participar en el presente estudio se le solicitará responder a algunas preguntas que nos permitirá llenar el cuestionario y las escalas que han sido desarrolladas y validadas a nivel internacional. El formulario se compone de 2 partes, en la primera parte usted deberá responder la información relacionada a su edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión y procedencia y la otra parte será un compilación de las escalas de Barthel, Tinetti, MMSE, Gijón, MNA, IMC.

#### Riesgos y beneficios

Este proyecto no traerá beneficios directos a su persona, sino que servirá para la elaboración de estrategias direccionadas a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor institucionalizada. No existe riesgo de que se rompa la confidencialidad de los datos que usted ha proporcionado, pues la investigadora es la única encargada del manejo y almacenamiento de la información. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos para usted. Pero al final de esta investigación, la información generada, puede aportar beneficios a los demás y a futuro.

#### Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en este proyecto no es obligatoria, por lo que se requiere de su voluntad y cooperación. Usted tiene la libertad de abandonar el proyecto en cualquier momento, aun cuando antes haya aceptado.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

### Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0982567418 que pertenece a Anabel Cristina Valverde Neira o envíe un correo electrónico a [anabel.valverde@ucuenca.edu.ec](mailto:anabel.valverde@ucuenca.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a participante

\_\_\_\_\_  
Firma del/a participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del testigo *(si aplica)*

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Firma del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)