

SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL SECTOR TOMBAMBA DE LA PARROQUIA MONAY FEBRERO-MARZO 2015.

ARTÍCULO ORIGINAL – Original article

Fecha de recepción:
27 de noviembre de 2015.
Fecha de aceptación:
27 de abril de 2016.

Alemán-Iñiguez Juan Miguel (1), Alemán-Iñiguez Pedro José (2)

(1) Docente de Anatomía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

(2) Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

Correspondencia: juanmig_18@hotmail.com

Conflicto de Interés: No existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Antecedentes: La población de adultos mayores está en crecimiento progresivo, sin embargo no existe información acerca de la situación individual, familiar, comunitaria y en atención de salud del adulto mayor en la parroquia Monay.

Objetivo: El propósito del presente estudio fue realizar un diagnóstico de la situación del adulto mayor en un área urbana de la ciudad de Cuenca.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal, en una muestra selectiva representada por adultos mayores de sexo femenino, asistentes al centro gerontológico del sector Tombamba (parroquia Monay, Cuenca), con el previo consentimiento informado de cada una de las participantes y sus familias, y aprobación de la dirigente de este grupo organizado. Las variables fueron: edad, sexo, estado civil, comorbilidades, control del estado nutricional, estado mental y funcionalidad a través de escalas geriátricas y fichas domiciliarias.

Resultados: Se estudiaron 24 adultas mayores y sus familias. El rango de edad más frecuente fue de 60-69 años (54.17%), el 66.67% casadas; la presencia de sobrepeso y malnutrición se encontró en el 75% de la población; se evidenció depresión moderada en el 45.83%; en cuanto a la dependencia, el 58.33% necesitó ayuda en sus actividades, el 75% presentó alteraciones sensoriales moderadas y el 50% expuso riesgo moderado a caídas; en cuanto a los riesgos biológicos en la familia, en el

68.87% se encontró miembros con enfermedades de impacto; en riesgos sanitarios, la totalidad tuvo animales en casa; en los riesgos socioeconómicos, en el 30.91% se observó malas condiciones de vivienda, el 66.67% presentó riesgo bajo familiar, y el 45.83% disfuncionalidad familiar moderada; en cuanto al diagnóstico comunitario, el problema atribuible a la mayor insatisfacción general fue el sobrepeso-obesidad, la mayor causa referida fue el desconocimiento de estilos de vida saludable; en cuanto a los factores de debilidad de la atención de salud local se evidenció: el tiempo para la atención a adultos mayores, la falta de profesionales en temas de nutrición y actividad física, y la ausencia de información orientada a la prevención del sobrepeso y obesidad.

Conclusión: Los principales problemas individuales fueron la presencia de sobrepeso-obesidad y la dependencia moderada para realizar actividades diarias; en cuanto a la situación familiar se destacó las deficiencias en las condiciones socio-económicas y la disfunción familiar; el servicio de salud aún presenta debilidades en la prestación de servicios a la población de adultos mayores, cuyo problema atribuible fue la falta de promoción de estilos de vida saludable en nutrición y actividad física específicamente.

Palabras Clave: Anciano, Factores de riesgo, Salud de la familia, Atención primaria de Salud, Factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Background: The elderly population is in progressive growth, however there is no information about the individual, family, community situation and health care for older people in Monay.

Objective: The purpose of this study was to conduct a diagnosis of the elderly's situation in an urban area in Cuenca.

Methods: It is a cross-sectional study in a selective sample represented by female elderly, who were attending to the Tomebamba geriatric center (Monay, Cuenca), with the prior informed consent of each of the participants and their families consent, and the approval of the leader of this organized group. The variables were: age, sex, marital status, comorbidities, monitoring of nutritional status, mental state and functionality through geriatric scales and home records.

Results: About 24 older adults and their families were studied. The most frequent age range was 60-69 years (54.17%), the 66.67% married; the presence of overweight and malnutrition was found in 75% of the population; moderate depression was evident in 45.83%; in terms of dependence, 58.33% needed help in their activities, the 75% had moderate sensory disturbances and 50% exhibited moderate risk to

falls; in terms of biological hazards in the family, a 68.87% members with impact diseases were found; on health risks, everybody had animals at home; on socio-economic risks, about 30.91% in poor housing conditions was observed, the 66.67% had low risk family, and 45.83% moderate family dysfunction. In terms of community diagnosis, the problem attributable to higher general dissatisfaction was overweight-obesity, the major cause mentioned was the ignorance of healthy lifestyles; as to the factors of weak local health care was evident: time to care for elderly, lack of professionals in nutrition and physical activity, and the absence of information aimed to the prevention of overweight and obesity.

Conclusion: The main individual problems were the presence of overweight-obesity and moderate dependence to perform daily activities; regarding to the family situation deficiencies in socio-economic conditions and family dysfunction were noted; the health service still has weaknesses in providing services to the elderly population, whose problem was attributable to the lack of promotion of healthy lifestyles in nutrition and physical activity specifically.

Keywords: Aged, Risk Factors, Family Health, Primary Health Care, Socioeconomic Factors.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores se definen como la población con mayor o igual edad a 65 años, representando un ciclo de vida de importante vulnerabilidad en la salud pública (1).

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde predominan procesos de catabolismo, produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, además existen factores que aumentan la dependencia del adulto mayor a un cuidador, tales como: predisposición genética, estilos de vida inadecuados, condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas (2, 3).

La definición del adulto mayor sano desde un punto de vista funcional: "es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de satisfacción personal y adaptabilidad", considerando la funcionalidad como el aspecto más significativo de la salud integral del adulto mayor (1, 4).

La Constitución del Ecuador protege y dota de derechos a los adultos mayores (Art. 36, 37, 38) (5). Cumplir con el derecho a la salud del adulto mayor implica la atención en todos los niveles: primario, secundario, terciario y el cuarto de rehabilitación; al tratar el gran número de ingresos hospitalarios que tienen que ver con las consecuencias de patologías y síndromes geriátricos mal intervenidos desde el primer nivel, significa que este derecho no se cumple como tal (1, 5, 6).

La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía que es consecuencia de complicaciones por enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), artritis reumatoide, entre otras. Desde el censo nacional en 2010, las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los adultos mayores en el país (7).

Según el último censo nacional, la composición familiar del adulto mayor fue: 55.7% pertenece a hogares completos (conviven con miembros de la familia); el 9.3% con hogares unipersonales, y el 7.3% con hogares compuestos. El 90.6% vive acompañado y el 83.3%

se encuentra protegido por sus familias. La incidencia más alta de pobreza en el adulto mayor se encuentra en la provincia del Guayas con el mayor porcentaje de pobreza en áreas urbanas (81.8%), y una alta incidencia de pobreza rural superior al promedio nacional (74.4%). Sin embargo, la pobreza estructural se encuentra en las poblaciones de todas las provincias (8).

La valoración de la salud integral del adulto mayor depende de las características socio-demográficas, psico-mentales, de dependencia y de riesgo a nivel familiar, comunitario y en los servicios de salud locales; en estudios de varias poblaciones de América Latina se demostró que los adultos mayores que acuden a subcentros de salud tienen un nivel de independencia superior (79.4%) al de los pacientes ambulatorios (77.3%) y al del hospitalizados (59.5%). Por otro lado, el 20.6% tiene algún grado de dependencia para desarrollar sus actividades básicas, con valores similares en poblaciones de ciudades como: Habana, México DF, Buenos Aires y Sao Paulo (9).

En el mismo estudio, la mayoría de individuos eran mujeres (44.5%) con rangos de edad entre 60 y 69 años, hallando un 31.9% de adultos mayores categorizados con alteraciones en su funcionalidad. El 79.4% de adultos mayores eran independientes, 46.2% se encontraba en situación de riesgo social y 28.9% tenía un problema social instaurado. Un porcentaje alto de ellos (66.1%) carecía de un seguro de salud (9).

En cuanto al deterioro cognitivo y factores asociados en poblaciones latinoamericanas, se encontró un deterioro moderado-severo de 22.11%; además hubo asociación significativa entre el deterioro cognitivo y edad; la funcionalidad se relacionó con la situación socioeconómica, grado de instrucción, disfunción auditiva, confusión, riesgo a caídas, inmovilidad, falta de control de esfínteres, desnutrición y depresión (encontrando para todas estas variables un valor de P menor de 0.018) (10).

En cuanto al tamizaje rápido sensorial, estudios en México reportan que el 18% de las

personas de más de 70 años tienen problemas graves, ya sea ceguera parcial o completa, un 33.2% con enfermedades auditivas y un 8.6% reporta déficit mixto (11). El déficit auditivo en adultos mayores tiene una prevalencia entre 30 al 40% en el rango de edad entre 60 a 70 años y su presencia puede incrementar hasta 80% en mayores de 85 años (valor de P menor a 0.012) (11, 12).

La prevalencia de desnutrición en los adultos mayores en poblaciones de México oscila entre 1 y 4% en varones y del 1 a 5% en las poblaciones femeninas (13). En tanto la prevalencia de obesidad está en progreso, según la encuesta de Examen de Salud Nacional I (NHES I) y el Estudio de Examen Nacional de Salud y Nutrición I-III (NHANES I-III), la prevalencia de obesidad en los americanos de tercera edad es del 32% y se estimó que para el 2020 estará en 37.4% (14).

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un método validado para analizar el estado nutricional y riesgos de malnutrición en los adultos mayores, tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad que alcanza el 100% con la aplicación de la versión completa, en tanto que la versión corta muestra una especificidad del 98% y una sensibilidad del 96% (15).

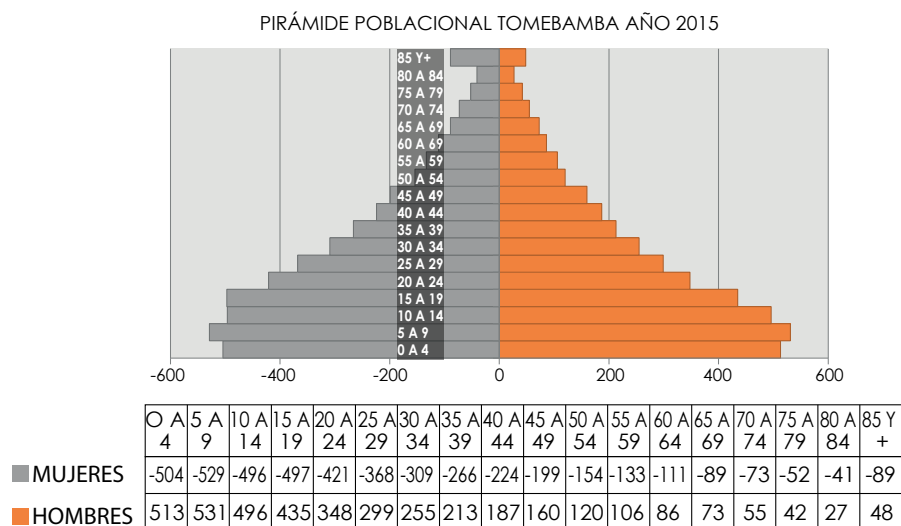
Para analizar el deterioro cognitivo se emplea el "Mini Mental Status Examination" (MMSE) de Folstein, tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad del 75% (16). El MMSE en su versión modificada, tiene una sensibilidad que varía entre 79-100% y una especificidad de 46-100%, valores que dependen del obser-

vador (17,18). Para completar el estudio de la salud mental se utiliza la escala de Yesavage, que detecta síntomas de depresión en las dos últimas semanas; en un estudio multicéntrico en varios países latinoamericanos, uno de cada ocho adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor, la misma prevalencia se encontró cuando se comparó una población hispana y no hispana (19).

El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, es un indicador de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida (20, 21). El instrumento de Katz se puede usar en el primer contacto del paciente ambulatorio para valorar funcionalidad e independencia y se basa en la capacidad de realización de actividades básicas de vida diaria (ABVD) (22); para valorar en este mismo aspecto se emplea la escala de Lawton-Brody, útil para calificar actividades instrumentales de vida diaria y la autonomía física. Si al utilizar las escalas de Lawton-Brody y de Katz, un paciente presenta menor rendimiento funcional o incapacidad funcional, tiene mayor riesgo de muerte en los próximos 2-5 años (23 - 25).

Según la pirámide poblacional del Subcentro de Salud de Monay (SCS Monay), con un total de 8 467 personas, los adultos mayores forman un grupo total de 587 que equivale al 6.9%. Esta pirámide es similar en características a la pirámide poblacional nacional, es progresiva de base ancha y cima pequeña. (Dirección de Salud del Azuay 2015).

Figura N° 1.
Pirámide poblacional de la parroquia Monay, Cuenca. 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Subcentro de Salud de Monay 2014.

La HTA se encuentra en el séptimo lugar de la morbilidad general con prevalencia de 6.55% y es la primera morbilidad crónica de los adultos mayores. Mientras que el sobrepeso, obesidad y complicaciones como síndrome metabólico, están presentes en las dos terceras partes de la población estudiada.

Hasta el momento no se ha realizado un diagnóstico integral que incluya individuo, familia comunidad y el servicio sanitario local, por lo tanto es importante generar resultados a través de las herramientas respecto al adulto mayor y su entorno.

El objetivo general del estudio fue diagnosticar de manera integral el estado de salud del adulto mayor, de la parroquia Monay, describiendo el riesgo familiar, estado nutricional, salud mental, funcionalidad y la atención de salud local.

MÉTODOS

Se procedió a realizar un estudio descriptivo transversal en una población representativa de adultos mayores. Las variables de control fueron: edad, sexo, estado civil, comorbilidades, control del estado nutricional, estado

mental y funcionalidad a través de puntuaciones de escalas geriátricas; y riesgos familiares con puntuaciones de fichas domiciliarias y test de funcionalidad familiar.

El universo estudiado fueron los adultos mayores, que tuvieron edades mayores o iguales a sesenta y cinco años, que pertenecen a la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca. La población seleccionada fue una muestra de tipo selectiva, de 24 asistentes al centro gerontológico del sector Tomebamba y sus familias, el grupo estuvo conformado por adultos mayores de sexo femenino, que acuden regularmente con una frecuencia semanal.

En cuanto a la unidad de análisis y observación, el estudio se realizó en los siguientes entornos: en la esfera individual, se procedió a aplicar los formularios de atención de salud y escalas geriátricas del programa del Adulto Mayor del MSP. En el ámbito familiar, a través de visitas domiciliarias, la aplicación de fichas familiares del MSP, y aplicaciones de test como el APGAR familiar, testimonios de familiares, cuidadores y del propio adulto mayor dentro de su hogar. En el aspecto comunitario, el problema sanitario común, prevalente y de riesgo fue la presencia de sobrepeso y

obesidad, se procedió a motivar la participación de los asistentes al centro gerontológico de la parroquia con quienes se realizó diagramas de causa-efecto para priorizar causas e identificar los factores atribuibles para el problema de sobrepeso y obesidad.

Respecto al servicio, el conocimiento general de la programación local y operativa de actividades, y los testimonios del personal sanitario, permitió realizar una recopilación de datos cualitativos y cuantitativos acerca de las actividades de promoción de salud destinadas para el adulto mayor; se realizó análisis FODA para identificar los factores que favorecían o impedían la promoción de salud integral del adulto mayor en el servicio de salud.

Criterios de inclusión:

Asistentes al centro gerontológico del sector Tomebamba de la parroquia Monay que acuden con una frecuencia semanal y por lo menos durante un año y que autoricen y estén de acuerdo con el consentimiento informado para el estudio.

Criterios de exclusión:

- Quienes se nieguen a ingresar en el estudio o no firmen el consentimiento informado
- Quienes no completen todos los campos en el registro clínico.
- Personas con alteraciones de estado de conciencia (senectud, enfermedades cerebrovasculares, encefalopatía urémica o hepática).

Dentro de los procedimientos para la recolección de información, se brindó atención al

adulto mayor con anamnesis (aplicación de escalas geriátricas), examen físico (medidas antropométricas, signos de enfermedades y comorbilidades), se realizó entrevistas a los cuidadores y familias del adulto mayor (fichas domiciliarias), se analizó al servicio de salud con verificación de cronogramas de actividades y se empleó participación comunitaria para recolectar la opinión de los adultos mayores frente a un evento de salud prevalente.

Los instrumentos empleados fueron: bibliografía, guía y protocolos de atención del adulto mayor, guía situacional, ficha de riesgos familiares, visitas domiciliarias, formularios de atención del adulto mayor y escalas geriátricas del programa del adulto mayor del MSP, test familiares, testimonios y entrevistas no estructurada (muy útil para explorar aquellos aspectos de índole socio-psicológicos donde se debe profundizar en el mundo interno del individuo indagando en la medida que el investigador lo estime pertinente, está dirigida a obtener la intencionalidad oculta del sujeto o grupo estudiado) e identificación de actividades del subcentro. En las consideraciones éticas se conversó con el directorio del centro gerontológico del Sector Tomebamba, quienes a través de un documento legal autorizaron la ejecución del presente estudio además se aplicó un consentimiento informado individual a cada participante y sus familias.

RESULTADOS

Dentro de las características sociodemográficas de la población de estudio, se observó que en su mayoría pertenecían a la sexta y séptima décadas de la vida, casadas y no atravesaban soledad ni etapas de duelo; en su totalidad tuvieron riesgo social bajo y la mitad de adultos mayores no eran asegurados.

Tabla 1.
Distribución de 24 adultas mayores que asisten al centro geriátrico de la parroquia Monay, según características sociodemográficas, Cuenca. Ecuador, 2015.

	Frecuencia	%
Edad (años)*		
60-69	13	54.17
70-79	10	41.66
80-89	1	4.17
Estado civil		
Casada	16	66.66
Divorciada	1	4.17
Soltera	1	4.17
Viuda	6	25
Unión libre	0	0
Riesgo social		
Bajo	24	100
Aceptable	0	0
Alto	0	0
Lugar de atención médica		
IESS	11	45.83
MSP	13	54.17

*Media: 70.71 años; Desviación Estándar: +/-6.14 años.

Fuente: Base de datos y escalas geriátricas aplicadas en Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Los resultados muestran que las dos terceras partes de adultos mayores presentaron sobrepeso y obesidad determinado por desconocimiento de nutrición, problema sobresaliente identificado por la misma población. La mayoría de adultos mayores no tuvieron factores de riesgo para desarrollar desnutrición.

El deterioro cognitivo del adulto mayor es un proceso inminente, se observó que las dos terceras partes tuvo puntuaciones bajas para presentar déficit cognitivo y que existía depresión moderada en el 50%.

Tabla 2.
Distribución de 24 adultas mayores que asisten al centro geriátrico de la parroquia Monay, según su estado nutricional, Cuenca. Ecuador, 2015.

	Frecuencia	%
IMC (kg/m²)		
Normal	6	25
Sobrepeso	9	37.5
Obesidad	9	37.5
Riesgo de Desnutrición		
Ausente	21	87.5
Presente	3	12.5

Fuente: Base de datos y escalas geriátricas aplicadas en Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Tabla 3.
Distribución de 24 adultas mayores que asisten al centro geriátrico de la parroquia Monay, según su estado psico-mental, Cuenca. Ecuador, 2015.

	Frecuencia	%
Deterioro cognitivo		
Ausente	19	79.17
Presente	5	20.83
Presencia de depresión en la última semana		
Normal	12	50
Moderada	11	45.83
Severa	1	4.17

Fuente: Base de datos y escalas geriátricas aplicadas en Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Tabla 4.
Distribución de 24 adultas mayores femeninas que asisten al centro geriátrico de la parroquia Monay, según su funcionalidad global, Cuenca. Ecuador, 2015.

	Frecuencia	%
Dependencia		
Independiente	10	41.67
Necesita cierta ayuda	14	58.33
Necesita mucha ayuda	0	0
Tamizaje rápido		
Adultos mayores sin alteraciones	0	0
Adulto mayor con alteraciones leves	6	25
Adultos mayores con alteraciones moderadas	18	75
Adultos mayores con alteraciones graves	0	0
Riesgo de caídas		
Riesgo bajo	12	50
Riesgo medio	12	50
Riesgo alto	0	0

Fuente: Base de datos y escalas geriátricas aplicadas en Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Analizando el estado de funcionalidad de la población de estudio, la mayoría necesitó cierta ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana. En tamizaje rápido, la mayoría presentó alteraciones moderadas como auditivas, visuales y de la memoria. En riesgo de caídas, se repartió igual puntuación para riesgos bajos y medios.

Tabla 5.
Distribución de 24 familias de adultas mayores de la parroquia Monay,
según la presencia de riesgos, Cuenca. Ecuador, 2015.

Tipo de riesgo	Frecuencia.	%
Riesgos biológicos		
Personas con vacunación incompleta	4	13.79
Personas con malnutrición	0	0
Personas con enfermedad de impacto	20	68.97
Embarazadas con problemas	0	0
Personas con discapacidad	4	13.79
Personas con problemas mentales	1	3.45
Riesgos sanitarios		
Consumo de agua insegura	0	0
Mala eliminación de basura y excretas	0	0
Mala eliminación de desechos líquidos	0	0
Impacto ecológico de industrias	0	0
Animales domiciliarios	19	100
Riesgos socioeconómicos		
Pobreza	6	10.91
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	3	5.45
Analfabetismo del padre o la madre	3	5.45
Destrucción familiar	3	5.45
Violencia, drogadicción o alcoholismo	7	12.73
Malas condiciones de vivienda	17	30.92
Hacinamiento	16	29.09
Riesgo total		
Sin riesgo	5	20.83
Bajo riesgo	16	66.67
Riesgo medio	2	8.33
Riesgo alto	1	4.17
APGAR familiar		
Familia muy funcional	12	50
Familia moderadamente disfuncional	11	45.83
Familia con grave disfunción	1	4.17
Mortalidad familiar en los últimos 5 años		
Ninguna persona fallecida	19	79.17
Una persona fallecida	4	16.67
Dos o más personas fallecidas	1	4.16

Fuente: Base de datos y escalas geriátricas aplicadas en Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

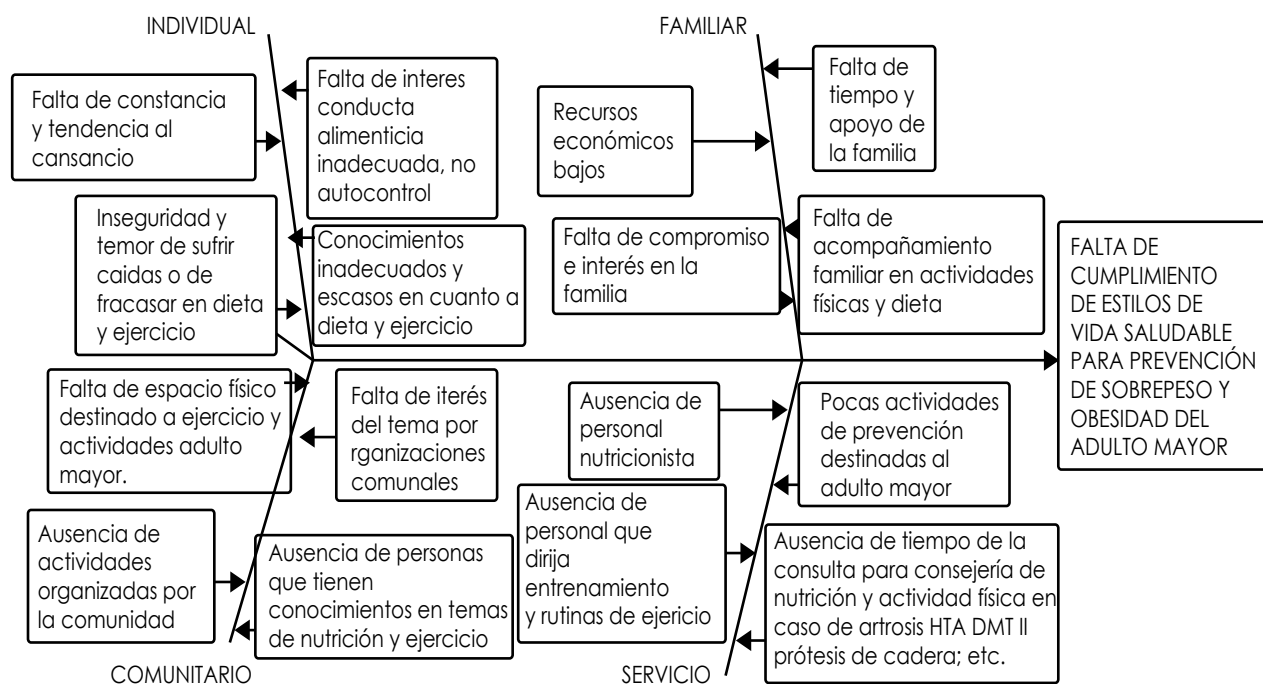
Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Existe puntuación alta como familia muy funcional, sin embargo se presenta algún grado de disfunción en 46% de las familias de adul-

tos mayores. No existió mortalidad familiar en los últimos 5 años representando el 79.17% de la población total.

Figura 2.

Análisis Causa-Efecto, Espina de pescado para Falta de cumplimiento de estilos de vida saludable para prevención de sobrepeso y obesidad, de la Comunidad de adultos mayores asistentes al centro gerontológico Tomebamba.



Fuente: Reuniones con asistentes del Centro gerontológico de Tomebamba, Monay.

Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

Para el diagnóstico de la comunidad se planificó reuniones participativas con los adultos mayores del centro gerontológico, los principales problemas identificados fueron obesidad y sobrepeso; se empleó el diagrama de espina de pescado (causa-efecto) para observar las causas atribuibles, las cuales estaban relacionadas a la falta de conocimiento en temas de ejercicio, dieta, hábitos y con-

ductas alimenticias, y la ausencia de incentivo para conseguir estilos de vida saludables.

En el análisis a nivel del servicio se observó la programación local de las actividades y del cronograma, destinados al adulto mayor, a continuación se expone el análisis FODA del servicio local de salud.

Tabla 6.
Análisis FODA del Subcentro de Salud de Monay en atención sanitaria integral de adultos mayores.

	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y cobertura del adulto mayor como grupo vulnerable y prioritario • Aplicación de normas del programa del adulto mayor del MSP • Existencia de grupos organizados para actividades en salud con enfermedades crónicas quienes se reúnen mensualmente • Atención del adulto mayor control de comorbilidades. • Actividades de visitas domiciliarias a hogares de adultos mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para atención exclusiva a adultos mayores. • Personal profesional en temas de nutrición y actividad física del adulto mayor • Información expuesta orientada a la prevención del sobrepeso y obesidad.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción del programa del adulto mayor de MSP • Adopción de escalas geriátricas • Recursos destinados del MSP para el adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura del adulto mayor atendido en otras instituciones como el IESS • Falta de grupos activos de adultos mayores masculinos.

Fuente: Base de Subcentro Salud Monay.
Responsable: Juan Miguel Alemán I., MD

DISCUSIÓN

En el diagnóstico individual de la población estudiada, el principal aspecto es analizar la funcionalidad, observando una independencia inferior (41.6%) al de los pacientes citados en estudios de APS con otras poblaciones latinoamericanas (79.4%) (9). Por otro lado los adultos mayores que necesitan cierta ayuda para sus ABVD tienen mayores porcentajes, 58% frente al 20.6% de poblaciones en otras ciudades latinoamericanas (La Habana (20.5%), México DF (19.4%), Buenos Aires (18.6%) y Sao Paulo (23.7%) (26).

Sin embargo, estudios de APS en Latinoamérica citan prevalencias de adulto mayor dependiente de hasta 31.9% (9), mientras que en el presente estudio no se halló dependencia total. Evaluando el grado instrumental y de las alteraciones del adulto mayor, estas se encuentran en grado grave en cifras que van entre 25-40% (10) para adultos mayores con complicaciones como sordera o ceguera; en la población estudiada no se halló tales defectos; sin embargo el 75% de ellas tienen grados de disminución visual, auditiva y de memoria (27).

Dentro del estado nutricional, poblaciones de adultos mayores presentaron cifras de 1 a 5% de riesgo de desnutrición para las mujeres (13), tres veces menores a las cifras de las estudiadas que es de 12.58%; en relación con el sobrepeso y obesidad, estudios en poblaciones de adultos mayores en Norteamérica mostraron prevalencias de 20 a 30%, la población de Monay posee una cifra discretamente mayor de 37%; sin embargo es este problema porcentual más importante, comparando con las otras variables, a sabiendas que una persona con sobrepeso tiene altas posibilidades de ser obesa.

En estudios de salud mental en México, 8 de cada 10 adultos mayores tienen depresión reciente (19), valores mayores si se comparan con la población de Monay cuya depresión es moderada en 48.53%.

Realizando un análisis sociodemográfico, en estudios de APS, la media de edad encontrada varía entre 60 a 69 años (9, 10) aspecto también presente en el sector Tomebamba; sin embargo la media estadística fue de 70.7

años con 6.24 desviación estándar; en cuanto a la presencia de riesgo, dentro del mismo aspecto familiar y de comunidad, el adulto mayor en otras poblaciones de Latinoamérica presenta 46.2% para riesgo social; 28.9% de riesgo socioeconómico y 66.1% de ellos carecen de seguro social (9, 10); en el presente estudio, el 66.7% tiene pareja, el 100% tiene riesgo bajo, mientras que el 49% tiene seguro social. En el análisis de riesgos familiares se halló que el principal riesgo biológico es la presencia de enfermedades de impacto como la HTA y artrosis; como principal riesgo sanitario fue la posesión de mascotas y el riesgo socioeconómico de destacar es la pobreza en un 11% y la presencia de alcoholismo en un 13%, aspectos que se ajustan si se comparan con la realidad nacional del adulto mayor del último Censo Nacional en el 2010 (8).

Existe una mínima evidencia de la situación socio-familiar de adulto mayor en Ecuador, aspecto que debe ser tomado en cuenta, por lo cual se requiere revisar las políticas de protección social del adulto mayor.

Sólo 21% de las familias de adultos mayores evaluados fueron catalogados como saludables y sin riesgos, porcentajes menores a los encontrados en población general de México DF (31.4%) (26).

CONCLUSIONES

Los adultos mayores en el sector Tomebamba, mostraron grados leves de funcionalidad respecto a poblaciones más grandes en Latinoamérica; en los aspectos de salud mental y

cognitiva el adulto mayor afronta depresión y alteraciones visuales y auditivas que impiden la ejecución de actividades cotidianas; en la valoración nutricional, adolecen de sobrepeso y obesidad; el análisis individual no es diferente de los estudios de otras poblaciones urbanas latinoamericanas, el problema identificado como el más común y que requiere mayor participación de la comunidad y del centro de salud ubicado en la zona es la falta de conocimiento, ejecución y motivación de estilos de vida en dieta y actividad física; en cuanto a la familia y los cuidadores, el riesgo socioeconómico moderado y el grado de disfunción familiar moderada influyen en la salud individual. El servicio de salud ofrece atención dirigida a esta población, sin embargo aún presenta debilidades internas para lograr la satisfacción y protección del usuario mayor de 65 años.

Este es el primer estudio que se acerca a un diagnóstico integral del adulto mayor en atención primaria de salud de Monay, si bien existen fortalezas en la atención en el servicio de salud, aún existen debilidades y amenazas; actualmente se busca incentivar la participación de este grupo etario y lograr la motivación y satisfacción en mejorar la aplicación de estilos de vida saludables.

Finalmente, exponer análisis críticos podría ser un punto de partida para emprender soluciones en los problemas más destacados que ocurren en los adultos mayores de una localidad particular; a través de estrategias edu-comunicacionales con el fin de mejorar los aspectos de prestación de salud primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranibar P., Aclaramiento conceptual del adulto mayor en América Latina, Publicación Naciones Unidas, 2011; 92(1):1955-9.
2. Benítez MA Atención de salud en el anciano. En: Martín Zurro A, Cano JF, Editores. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición Madrid: Elsevier; 2007, p. 1642-70.
3. Organización Panamericana de la Salud – OPS (2011). La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Segunda edición. Estados Unidos.
4. Freire W. Et al. (2011). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2010- 2011 “SABE II”. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador.
5. Álvarez Yáñez P. Pazmiño Figueroa M., Villalobos A., Villacís J. Normas y Protocolos de salud integral de los y las Adultos Mayores. MSP, 2010; 1(1): 30-35
6. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55(4):208-212
7. Ministerio de Inclusión Económica y Social - DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA (2012). Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas Adultas Mayores. Quito – Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador en cifras, 2010. (consulta: 01 mayo 2015) Disponible en: <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
8. Varela L, Chávez H, Gálvez H, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional Cognitive impairment characteristics in the hospitalized peruvian elderly adults, *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 2014 17(2): 5-8
9. Ruiz Dioses L.; Campos-leon C y Peña, N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, 2006. *Rev. perú. med. exp. salud pública* (online). 2008, vol.25, n.4 (citado 2015-03-01), pp. 374-379. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342008000400005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
10. SENPLADES, “Atlas de Desigualdad Socio-Económicas del Ecuador. Respecto de los derechos del Buen Vivir”, Quito, 2013.
11. Crews J, Campbell V. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health* 2004;94(5):823-829.
12. Yueh B, Shaphiro N, MacLean C, Shekell P. Screening and management of adult hearing loss in primary care. *JAMA* 2003; 289:1976-1985.
13. ENUSAT Consejo nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2000 – 2050 (cited 02-03-2015 disponible: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.html>)
14. World Health Organization, World Health Statistics: Demographic and socioeconomic statistics, 2010, (consulta: 06 junio 2015) Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
15. Arseven A, Chang C, Arseven O, Emanuel L. Assessment instruments. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:121-146.
16. Instituto Nacional de Geriatria “Presidente Eduardo Frei Montalva”, Conceptos generales relacionados con el envejecimiento, Santiago de Chile, 2011.
17. Cummings JL. Mini-mental state examination: norms, normals, and numbers *JAMA* 1993; 269:2420.
18. Ostrosky-Solis F, Castañeda M. López G, Ortiz X. Detección temprana de la demencia a través del Neuropsi: Evaluación cognitiva de Envejecimiento Normal y Patológico. *Neuropsychologia Latina.* 1997;3.
19. Calderón R, Ibarra R, García J, Gómez A, Rodríguez O. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. *Nutr.Hosp.* 2010;25(4):669-675
20. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 (4): 459-466
21. Inouye SK, Bogardus ST, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. The hospital elder life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1697-706.
22. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Ríchart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 49(1):77-84.
23. Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Rubio-Rivas M, Cuerdo S, Pujol R. Predictors of long-term survival in nonagenarians: the NonaSantfeliu study. *Age Ageing* 2012; 40(1):111-6.
24. Ferrer A. Predictive items of functional decline 2 years mortality in nonagenarians the NonaSantfeliu study. *Eur J Public Health* 2008;(18):406-9
25. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. *Am J Nurs.* 2008 108(4):52-62.

26. Menéndez, J. Guevara Adialys, Arcia Néstor, León Díaz Esther María, Marín Clara, Alfonso Juan C. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública (serial on the Internet)*. 2005 June (cited 2014 Nov 25); 17 (5-6): 353-361. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=en. [http:// dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500007](http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500007)
27. Ward S.A., Parikh S., Workman B, Health perspectives: international epidemiology of ageing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25 (2011), pp. 305-317