



CIENCIAS SOCIALES
ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017

Characterization of the health conditions of the elderly in geriatric centers of the city of Loja. Ecuador, 2017

Tamara Rodríguez Quintana¹, Marco Antonio Ayala Chauvin¹, María Fernanda Ortiz Rosero¹,
Mayra Beatriz Ordoñez Paccha¹, Justo Reinaldo Fabelo Roche^{2*}, Serguei Iglesias Moré²

¹Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: fabelo@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Rodríguez Quintana T, Ayala Chauvin MA, Ortiz Rosero MF, Ordoñez Paccha MB, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré 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]. 2018 [citado]; 18(1):138-149. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2326>

Recibido: 24 de abril del 2018.
Aprobado: 03 de diciembre del 2018.

RESUMEN

Introducción: Los cambios demográficos que ocurren a nivel mundial no son ajenos a Ecuador, donde la esperanza de vida de la población ha aumentado.

Objetivo: Caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que asistieron a centros geriátricos en la ciudad de Loja en el año 2017.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, donde se utilizaron técnicas cuantitativas, aplicándose diferentes escalas geriátricas a 87 adultos mayores que asistían al Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor No.1 y a los centros Daniel Álvarez y San José, de la ciudad de Loja, Ecuador.

Resultados: El 59.1% de los adultos mayores estudiados fueron mujeres, el 59,7% apenas tenían escolaridad básica o primaria, con un promedio de edad de 84,01 años. Se precisó que el 62,1% de ellos no presentaron comorbilidad. Fue identificado déficit neurosensorial visual (64,4%) y auditivo (50,6%). 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%). El déficit cognitivo fue evaluado en el 50,6% y la depresión fue diagnosticada en el 56,3% de ellos.

ABSTRACT

Introduction: The demographic changing on a worldwide scale are not unfamiliar to Ecuador where the life expectancy of the population has increased.

Objective: To characterize the health conditions of the elderly who attended geriatric centers in the city of Loja in 2017.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional study where quantitative techniques were used applying different geriatric scales to 87 older adults who attended the Municipal Elderly Care Center No. 1, and Daniel Álvarez and San José Centers in the city of Loja, Ecuador.

Results: The 59.1% of the older adults studied were women; 59.7% had just basic or elementary education and the average age was 84.01 years. It was specified that 62.1% of them did not present comorbidity. Visual neurosensory (64.4%) and auditory (50.6%) deficits were

Conclusiones: Los adultos mayores estudiados fueron predominantemente mujeres, con escolaridad básica o primaria y con un promedio de edad superior a los 80 años. Prevalcieron los sujetos que tenían ausencia de comorbilidad, déficit visual y auditivo, fragilidad física, dependencia funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, deterioro cognitivo y depresión.

Palabras clave: Adulto mayor; comorbilidad, fragilidad, dependencia, deterioro cognitivo, depresión.

identified. Fragility was found in 54.0% of the cases as well as indicators of functional dependence on basic activities (73.5%) and instrumental activities (93.1%). Cognitive deficit was evaluated in 50.6% of the cases, and depression was diagnosed in 56.3% of them.

Conclusions: The older adults included in the study were mainly women with basic or elementary education and an average age of over 80 years. Subjects who did not have comorbidity, those who presented visual and auditory deficit, physical fragility, dependence to perform the basic activities of daily life and the instrumental ones, cognitive deficit, and depression prevailed in the study.

Keywords: Elderly; comorbidity, fragility, dependence, cognitive deterioration

INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad y de la fecundidad, vienen ocurriendo cambios demográficos que se han tornado inquietantes. Ello ha sido tema de investigaciones para muchos autores y organizaciones internacionales desde finales del siglo XIX. Dado el interés marcado por dicha problemática, en países de Europa Occidental, surgió la llamada “Teoría de la Transición o Revolución Demográfica”.⁽¹⁾

Esta transición demográfica ha traído consigo el fenómeno del envejecimiento de la población que está ocurriendo de manera paulatina, en él intervienen variables como la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. Se trata de variables que combinadas en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, lo cual es de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país. En América Latina y el Caribe, debido a la transición demográfica, el envejecimiento es, aunque paulatino, inexorable. Es un proceso generalizado en todos los países del área aunque con niveles variables.⁽²⁾

La ONU en su revisión de 2015⁽³⁾ reveló que la población mundial ha crecido en

aproximadamente mil millones de personas en los últimos 12 años, de los cuales el 9% vive en América Latina y el Caribe, la esperanza de vida de la población se ha incrementado en el mundo, y en esta área geográfica llega a los 75 años. El mismo estudio refiere que se estima que para el 2050 el número de personas mayores de 80 años se triplique y sea siete veces más en el 2100.

Estos cambios demográficos no son ajenos al Ecuador, cuya esperanza de vida se elevó de 68, 3 en 1990 a 73, 8 en el 2001, para ubicarse en 75 años en el 2015.⁽⁴⁾ Según el último censo de población, la expectativa de vida actualmente puede llegar a los 75.2 años, por sexo se traduciría en 72.3 años para los hombres y 78.2 años para las mujeres.⁽⁵⁾ Este fenómeno demográfico no necesariamente supone un panorama negativo, constituye un logro de la humanidad, las personas mayores se convierten en una fuerza para el desarrollo, aunque requieren de intervenciones específicas que garanticen, especialmente a aquellos más vulnerables, una vida digna y segura.⁽⁶⁾

El estudio desarrollado tiene como **objetivo** caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que asistieron a centros geriátricos en la ciudad de Loja en el año 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se realizó a partir de un diseño cuantitativo descriptivo de corte transversal en el cual se utilizaron técnicas cuantitativas, aunque además se incluyeron procedimientos cualitativos para enriquecer el análisis de los resultados.

En el estudio participaron los 87 adultos mayores que asistían al Centro Municipal de Atención al Adulto Mayor No.1 y a los Centros Geriátricos “Daniel Álvarez” y “San José” de la ciudad de Loja, República del Ecuador. Se estudiaron aquellos que aceptaron participar y los que su

representante legal autorizó que formaran parte de la investigación.

Para la recolección de la información se realizó la historia clínica geriátrica a cada adulto mayor (Modelo 057) y se aplicaron las escalas utilizadas por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) para la identificación de diferentes condiciones geriátricas, entre ellas el Índice de comorbilidad de Charlson⁽⁷⁾ en su versión abreviada, para la detección de comorbilidad. Se tuvieron en cuenta variables socio-demográficas y del estado de salud en general.

La fragilidad se identificó a través del cuestionario diseñado para este fin utilizado por el MSP. Se evaluaron 6 ítems, que van desde la pérdida de peso no intencionada mayor de 5 Kg en el año anterior, presencia de sarcopenia (circunferencia medio braquial de 21 cm o menos y circunferencia de pierna de 31 cm o menos), mala fuerza de agarre o debilidad, mala resistencia, auto reporte de “exhausto”, lentitud de la marcha y bajo nivel de actividad física. Cuando estuvieron presentes 1 o 2 criterios se consideró que el adulto mayor es pre-frágil y si el resultado fue 3 o más criterios presenta fragilidad.

Otras escalas utilizadas en este estudio fueron las siguientes:

El índice de Barthel⁽⁸⁾ fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel e incluye puntuaciones en ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad, además el baño, vestirse, el aseo personal, el uso del retrete, transferencias (traslado cama-sillón), subir/bajar escalones, la continencia urinaria, fecal y la alimentación.

El índice de Lawton & Brody⁽⁹⁾ fue publicado en 1969 y construido específicamente para su uso

con población anciana, con el objetivo de evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria. Cuenta con ocho ítems y recoge información sobre el uso del teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, controlar la medicación y manejar el dinero.

El Minimental State⁽¹⁰⁾ es un instrumento que se usa para la detección de demencia. Fue publicado en 1975 y en este caso se utilizó para realizar la evaluación cognitiva, se valoraron seis ítems que analizan algunas áreas específicas como orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje.

La Escala de Yesavage⁽¹¹⁾ es un cuestionario empleado para el diagnóstico de depresión en población geriátrica. Consta de 15 preguntas, que se contestan con sí o no, las cuales se refieren a cómo se sintió el adulto mayor durante la semana anterior a la fecha en que se aplica. En la medida en que se incrementa el puntaje se evalúa como depresión ausente, probable o establecida.

El estudio realizado forma parte de un proyecto sobre vinculación con la sociedad que desarrollan profesores y estudiantes de la Universidad Particular de Loja. Para su realización se obtuvo la autorización de los directivos de los centros geriátricos donde se realizó, de los adultos mayores evaluados y de sus familiares o representantes legales. En todos los casos se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación científica y se solicitó el consentimiento informado.

RESULTADOS

En la población estudiada predominaron los adultos mayores del grupo etario entre 81 y 84 años (24,1%) y la edad promedio fue de 84,01 años. La mayor parte de ellos son mujeres (59,1%).

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores estudiados según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Ninguna	6	6,9
Básica	52	59,7
Básica superior	16	18,4
Bachillerato	8	9,2
Superior	5	5,7
Total	87	100

En cuanto a la escolaridad, predominaron los sujetos con escolaridad básica o primaria (59,7%). Se identificaron adultos mayores analfabetos (6,9%) y solo el 5,7% había alcanzado el nivel superior de escolaridad. (Tabla 1).

Tabla 2. Presencia de comorbilidad.

Comorbilidad	No.	%
Ausencia	54	62,1
Baja	19	21,8
Alta	14	16,09
Total	87	100

Al explorar las variables clínicas se obtuvo como resultado que el 62,1% de los sujetos estudiados no presentaron comorbilidad específica asociada, no obstante el 37,8 % de los adultos mayores evaluados presentaron algún nivel de comorbilidad (baja o alta). (Tabla 2).

Tabla 3. Presencia de déficit neurosensorial visual o auditivo.

Déficit Neurosensorial	Visual		Auditivo	
	No.	%	No.	%
Presente	56	64,4	44	50,6
Ausente	31	35,6	43	49,4
Total	87	100	87	100

En la población estudiada prevalecieron los adultos mayores con déficit neurosensorial visual (64,4%). En el caso del déficit neurosensorial

auditivo fue identificado en el 50,6% de los casos. (Tabla 3).

Tabla 4. Capacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Capacidad Funcional	Actividades Básicas de la vida diaria		Actividades Instrumentales de la vida diaria	
	No.	%	No.	%
Independiente	23	26,4	6	6,8
Dependiente	64	73,5	81	93,1
Total	87	100	87	100

En cuanto a la capacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la mayoría presentaba algún grado de dependencia (73,5% para las actividades básicas y 93,1% para las actividades instrumentales) En ambos casos

predominaron los que eran dependientes severos. Consecuentemente con los resultados anteriores se identificó que predominaron los adultos mayores con fragilidad (54,0%), aunque el porcentaje de pre-frágiles también fue considerable. (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El predominio de las mujeres en el grupo de adultos mayores estudiados es un resultado que concuerda con reportes precedentes que reconocen que en la actualidad a nivel mundial hay aproximadamente 70 millones más de mujeres que de hombres adultos mayores, esta diferencia se hace más notoria a medida que aumenta la edad.⁽¹²⁾ Situación que de igual forma se manifiesta en la región de América Latina y el Caribe y particularmente de Ecuador.⁽¹³⁾

Lo anterior es considerado una característica que es consecuencia de la mortalidad diferenciada según el sexo, que redundará en mayor esperanza de vida para las mujeres. Las féminas de la región viven seis años más, en promedio, que los hombres.⁽¹⁴⁾ La ONU ha informado que entre el 2010 y 2015 el aumento de la expectativa de vida, fue de 69 años para los hombres y 73 para las

mujeres.⁽¹⁵⁾ Hecho que algunos autores consideran se debe al carácter protector de los estrógenos.⁽¹⁶⁾

La mayoría de los sujetos estudiados tenía escolaridad básica o primaria. Este hecho ha sido reconocido por otros autores que encontraron que en el país los adultos mayores de ambos sexos "(...) tienen un modesto nivel educativo (...)", y otros que afirman que la educación formal en este grupo es deficiente, este pudiera estar relacionado con que en su época de niños y jóvenes no contaban con muchas oportunidades para recibir instrucción.⁽⁸⁾ La Agenda de Igualdad para los Adultos Mayores reconoce que en el país aún existe analfabetismo.⁽¹³⁾

La UNESCO ha planteado que en la última década la brecha existente en América Latina y el Caribe, en cuanto al nivel educacional de la población, continúa siendo muy heterogénea, "(...) está

asociada al nivel socioeconómico de las familias, a la ubicación geográfica de los estudiantes (rural/urbano) o a su pertenencia étnica".⁽¹⁷⁾ Los autores de esta investigación consideran que ello es la causa de los resultados obtenidos, ya que el panorama anterior en el país no era diferente.

Se espera que el nivel educacional de los adultos mayores en un futuro no lejano exhiba cifras superiores porque en el contexto de Ecuador existe la fortaleza de que se reconoció en la constitución el aprendizaje a lo largo de la vida como un derecho.⁽¹⁸⁾

Más de la tercera parte de los pacientes estudiados presentaron algún nivel de comorbilidad. Se trata de un resultado que debe tenerse en cuenta ya que ello constituye un pronóstico que puede incidir en el riesgo de mortalidad a corto plazo,⁽¹⁹⁾ lo cual implica la necesidad de acciones inmediatas para tratar de disminuirlo o detenerlo. La comorbilidad múltiple aumenta significativamente la complejidad del manejo de las enfermedades en los pacientes geriátricos, es directamente proporcional los niveles de comorbilidad y el riesgo y severidad de alteraciones físicas funcionales o mentales. El riesgo de discapacidad aumenta bruscamente con la coexistencia de más de tres enfermedades.⁽²⁰⁾

Estos resultados coinciden con los reportados en una investigación realizada en el 2012 en adultos mayores institucionalizados en un hogar de ancianos del distrito de North East Point en la isla de Mahé, Seychelles, donde la presencia de comorbilidad de manera general fue baja⁽²¹⁾ y con los obtenidos por Bustos, Fernández y Astudillo en México, donde la prevalencia de comorbilidad estimada fue de 27,82 %.⁽²²⁾

En Ecuador una investigación realizada en 2014 reportó que en un grupo de adultos mayores hospitalizados predominó la comorbilidad baja, seguida de la ausencia de comorbilidad según el índice de Charlson⁽⁷⁾, resultado que no difiere mucho de los obtenidos en el presente estudio. Considerada el último síndrome geriátrico,⁽²³⁾ la valoración de su presencia en el adulto mayor es de vital importancia porque permite tener una visión más clara del estado del paciente, prevenir iatrogenias por parte del personal de salud, realizar acciones de prevención y además educar y preparar a familiares y cuidadores en aras de garantizar una mejor calidad de vida del individuo.

El predominio de adultos mayores con déficit sensorial visual o auditivo constituye un resultado que difiere de los reportados por el estudio sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el 2009-2010 en Ecuador, donde predominaron los adultos mayores con calidad de la visión y de la audición catalogadas como excelente, muy buena y buena.⁽²⁴⁾ Sin embargo, concuerdan con los de diferentes trabajos que han señalado que la edad es el factor de riesgo más importante para el déficit neurosensorial.⁽²⁵⁾ Está comprobado que a medida que aumenta la edad la tasa de prevalencia del déficit visual aumenta, del 4 al 5% en personas entre 65 y 75 años y llegando al 20 % en los mayores de 75 años. Así mismo el déficit auditivo aumenta con la edad aunque en proporciones mayores llegando al 50% en los que superan los 75 años.⁽²⁶⁾ Las enfermedades concomitantes dependientes de la edad, entre ellas los problemas auditivos, son cada día más frecuentes e inciden notoriamente en la calidad de vida.⁽²⁷⁾ La

diferencia en las prevalencias puede estar relacionada con el estilo de vida de las poblaciones, los niveles y tiempo de exposición a factores de riesgos y hasta la forma de valorarla.⁽²⁸⁾

Este déficit auditivo tiene una repercusión negativa fundamentalmente en la comunicación, muchas veces las personas no buscan ayuda por los estigmas sociales o porque se considera esta condición como algo normal por el envejecimiento.⁽²⁴⁾ Para evitar las dificultades que este aspecto pudiera generar durante la aplicación de los instrumentos, se asumió una perspectiva personalizada para garantizar la comprensión adecuada de cada consigna.

Rodríguez, Fabelo e Iglesias,⁽²⁹⁾ consideran que la alta prevalencia de discapacidades que en ocasiones son consecuencias del déficit visual o auditivo son aspectos que debe tener en cuenta el sector de salud y otros sectores de la sociedad en la planificación y ubicación de los diferentes servicios de los cuales este segmento poblacional hace uso, previniendo accidentes y mejorando su grado de satisfacción.

El predominio de adultos mayores frágiles es coherente con la revisión realizada por Martín y colaboradores los cuales señalan que la prevalencia de dicha condición puede oscilar desde el 5% hasta 59%.⁽³⁰⁾ Otros autores señalan que puede estar presente hasta en el 48% de los ancianos con variaciones por sexos.⁽³¹⁾ Así, en una investigación realizada en el Hospital de São Vicente de Paulo, en Brasil, en una muestra donde la edad promedio fue 74,5 años, el 49,5% de los sujetos fueron catalogados como pre-frágiles, el 46,5% frágiles y solo el 4% como no frágiles.⁽³²⁾

En el estudio realizado se encontró que la mayoría de los sujetos presentaron algún nivel de dependencia para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida. En el 2014 en una investigación realizada en Quito, se obtuvo que fueron mayoritarios los adultos mayores con dependencia leve, seguidos de los que presentaban dependencia grave y solo un porcentaje inferior al obtenido en la presente investigación correspondía a adultos mayores independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, lo que tiene su explicación en que los contextos de las investigaciones fueron diferentes.⁽¹⁵⁾

También en lo referente a la capacidad funcional para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de los sujetos estudiados se evidenció que la mayoría presentaban algún grado de dependencia, predominando aquellos con dependencia total. La dependencia funcional de los adultos mayores estudiados para realizar tanto las actividades básicas como las instrumentales de la vida diaria fue elevada y está asociada a diferentes factores como la presencia de deterioro cognitivo, depresión, caídas y fragilidad. Ello constituye un problema de salud con repercusiones no solo a nivel individual, sino familiar, comunitario y económico ya que estas personas demandan mayor atención y sobre todo ayuda, es por ello que las acciones para su prevención deben comenzarse a edades tempranas de la vida y se debe promover de forma anticipada el envejecimiento saludable.

Por otra parte, prevalecieron los sujetos cuya evaluación fue sugerente de déficit cognitivo (50,6%). Estos resultados difieren por los reportados en el estudio SABE, en el que la

población con deterioro cognitivo en la región de la sierra urbana solo representaba el 17,9%, región a la cual pertenece la población de la presente investigación. Según dicho estudio a nivel de país, solo el 21,3% de los adultos mayores presentaba esta condición geriátrica.⁽¹⁶⁾ Esta diferencia puede estar dada por los diseños metodológicos utilizados en cada estudio o por el contexto donde se realizaron.

En el estudio SABE del 2009-2010 se obtuvo que en Ecuador el 60,9 % de los adultos mayores no mostraban depresión.⁽¹⁶⁾ Sin embargo en el presente estudio se identificó el predominio de dicha condición (56,3%); lo que coincide con una investigación realizada en el Hospital de Atención al Adulto Mayor de Quito, en el que más del 50% de los sujetos estudiados presentaban depresión.⁽¹⁵⁾ La depresión es una condición geriátrica que tiene una alta prevalencia en la población mayor de 60 años.

Se pueden mencionar factores que precipitan la aparición de depresión en el adulto mayor y que, a nuestro juicio, están presentes en la población objeto de estudio, como son la pérdida de autonomía o de la independencia económica, sensación de soledad o abandono que se va a potenciar si la persona está institucionalizada, si padece una o varias enfermedades, problemas

CONCLUSIONES

Los adultos mayores que asistieron a centros de atención geriátrica en la ciudad de Loja en el año 2017 fueron predominantemente mujeres, con escolaridad básica o primaria y con un promedio de edad superior a los 80 años. Desde el punto de vista clínico, el estado de salud de los sujetos estudiados se caracterizó por la ausencia de

visuales y/o auditivos, sensación de pérdida de libertad en todos los sentidos, dificultades para adaptarse al cambio y establecer nuevas amistades, separación o pérdida de los seres queridos y en el mayor de los casos miedo o preocupación ante la aproximación de la muerte. Estos factores son fáciles de identificar y comprender, por lo que deben tenerse en cuenta para lograr una atención en salud óptima que incluya acciones de prevención para minimizar el impacto que puedan estar ocasionando en el individuo y reforzar los factores protectores que servirían para contrarrestar los anteriores.

Además, una experiencia positiva son los proyectos de vinculación con la sociedad que realizan las universidades en los centros geriátricos, la presencia de estudiantes ayuda a mejorar el estado de ánimo de la persona, disminuye el sentimiento de soledad o abandono, además de las actividades de prevención que realizan para mejorar otras esferas del estado de salud de los adultos mayores.

El estudio se *limitó* a los adultos mayores que asistían a los referidos centros geriátricos de la ciudad de Loja. No fue factible evaluar a los que permanecen en sus casas y son atendidos por familiares devenidos en cuidadores informales.

comorbilidad específica asociada. No obstante, prevalecieron condiciones generales desfavorables como el déficit visual y auditivo, la fragilidad física, la dependencia funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el deterioro cognitivo y la depresión.

REREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ariño M. La modernización demográfica en el largo plazo: conjeturas sobre el caso argentino. Presentación X Congreso de la Asociación de Demografía Histórica. ADEH. Albacete, España [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.adeh.org/?q=es/contenido/x-congreso-de-la-adeh-albacete-espana-2013>
2. 2013; Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Salud Uninorte [Internet]. 2012 [citado 15/04/2016]; 28(2):335-348. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Prospects The 2015 Revision. 2015. Report No. ESA/P/WP.241.
4. SENPLADES. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. Senplades. 2008; 24.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Proyecciones de la Población de la República del Ecuador 2010-2050. Quito: Dirección de Normativas y Metodologías Del SEN; 2012.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2013 [Internet]. 2013 [citado 15/04/2016]. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf
7. García L. Evaluación Geriátrica Integral del Adulto Mayor Hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. agosto 2014. Quito [Internet]. 2015 [citado 15/04/2016]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7712/DISERTACION%20LISETH%20GARCIA.pdf?sequence=1>
8. López LM, Villota DF. Relación entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular de Cartagena Colombia. Cienc actual [Internet]. 2014 [citado 15/04/2016]; (4): 20-4. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Cienciactual/article/view/2142/1865>
9. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Internet]. 2011 citado 18/05/2016]; 72 (1): 11-16. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
10. Jiménez D, Lavados M, Rojas P, Henríquez C, Silva F, Guillón M. Evaluación del minimal mental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Jul [citado 16/12/2018]; 145(7): 862-868. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n7/0034-9887-rmc-145-07-0862.pdf>
11. Rodríguez Domínguez Z, Casado Méndez PR, Molero Segrera M, Jiménez Almaguer D, Casado Tamayo D, Labrada González D. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. Rev Hosp Psiq La Habana [Internet]. 2015 [citado 16/12/2018]; 12 (3):1-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64513>
2. The International Longevity Center. Global Alliance Global Aging Report. Threats to Longevity. A Call to Action. Inglaterra [Internet]. 2010 [cited 21/03/2015]. [aprox 3 pant]. Available from: <http://www.ilc-alliance.org/index.php/reports/>
13. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012 - 2013. Quito; 2012 [Internet]. 2014 [citado 26/09/2017].6(1):1-96. Disponible en: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [Internet]. Who.int. 2017 [citado 10/10/2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

15. Naciones Unidas. [Internet]. Nueva York: ONU DAES. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. La población mundial aumentará en 1.000 millones para 2030. [Internet]. 2017 Jun [citado 6/07/2017]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2017.html>

16. Regan JC, Partridge L. Gender and longevity: why do men die earlier than women? Comparative and experimental evidence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013; 27(4):467-79.

17. UNESCO. [Internet]. Francia. América Latina y el Caribe. Revisión Regional Educación para Todos al 2015 Oficina Regional de Educación para América latina y el Caribe 2014 [citado 6/07/2017]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002327/232701s.pdf>

18. Constitución de la República de Ecuador 2008. Quito [Internet]. 2011 Jul [citado 26/01/2017]; 1-136. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_co_nst.pdf

19. Rosas Carrasco O, Gonzáles Flores E, Brito Carrera A, Vásquez Valdez O, Perschard Sáenz E, Gutiérrez Robledo L et al. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2011 [citado 16/01/2017]; 49(2):153-162. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=37562>

20. Cárdenas M. Comorbilidad e Infección en el Adulto Mayor. Fundación Universitaria Sanitas Colombia. [Internet]. 2017 [citado 16/01/2017]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://almageriatria.org/pdf_files/col_09/alumnos_1/Mauricio%20Cardenas-%20comorbilidad%20%20%20infeccion.pdf

21. Roca-Socarras A, Henriette K, Ramírez-Rojas A, Prosper C. Rasgos distintivos de la comorbilidad y

funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. *Rev Finlay* [Internet]. 2013 [citado 8 /02/2017]; 3(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/192>

22. Bustos E, Fernández J, Astudillo C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica.* [Internet]. 2017 [citado 8/10/2017]; 3(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070/3551>

23. Martínez Velilla N, Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clínica* [Internet]. 2011 [citado 27/02/2017]; 136(10):441-446. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-ndices-comorbilidad-multimorbilidad-el-paciente-S0025775310001508>

24. Freire W. Encuesta SABE. Presentación de resultados [Internet]. Quito; 2010. [citado 27/02/2017]; 1-65. Disponible en : <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>

25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor. Guía de referencia rápida. *Práctica Clínica.* [Internet]. 2017 [citado 27/02/2017]; 1-9. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/611GRR.pdf>

26. Ródenas Iruela I, García Moreno M, Bordas Guijarro J, Flores Carmona M A, Martínez Manzaneres C. Deprivación sensorial .*Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.* [Internet]. 2017 [citado 9/10/2016]; 251-256. Disponible en:

https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2024_ii.pdf

27. Cano C, Borda M, Arciniegas A, Parra J. Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Biomédica*. [Internet]. 2014 [citado 9/10/2016]; 34(4):12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84332531010.pdf>

28. Strauss S, Swanepoel DW, Becker P, Eloff Z y Hall JW. Ruido y pérdida auditiva relacionada con la edad: un estudio de 40 123 mineros de oro en Sudáfrica. *Rev Int Aud* [Internet]. 2014 [citado 27/02/2017]; 53:574-9. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2013.865846?scroll=top&needAccess=true>

29. Rodríguez T, Fabelo J, Iglesias S. Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Rev Cubana Sal Públ* [Internet]. 2017 [citado 26/09/2017]; 43(1): [aprox. 7 pant]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/841/811>

30. Martín I, Baztán J, Gorroñoigoitia A, Abizanda P, Gómez J. Detección y manejo de la fragilidad en

Atención Primaria; actualización. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. [Internet]. 2012 [citado 9/10/2016]; 135(15):713-9. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/actualizacion-fragilidad-atencionprimaria2012-03-2013.pdf>

31. Guía de Práctica Clínica.GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor. México DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; [Internet]. 2014 [citado 9/01/2017]; 13 p . Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GRR_sindrome_de_fragilidad.pdf

32. Ramos Oliveira D, Bettinelli L A, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann A. Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 9/10/2016]; 21(4):8. Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0891.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.