



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
PUCETEC**

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO SUPERIOR EN ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS
MAYORES**

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE
ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LA PRIMAVERA, IBARRA.”**

**HENRY NAPOLEÓN POZO FLORES
DAVID HERIBERTO VACA GUEVARA**

TUTOR: MARCO RONALD ALMEIDA HERRERA

IBARRA – ECUADOR

FEBRERO, 2024

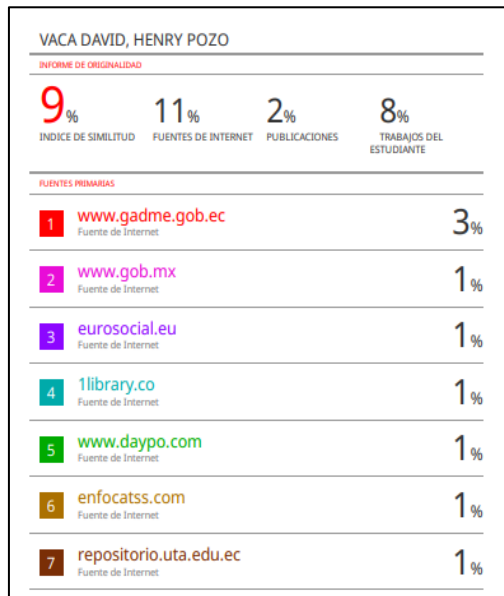
Ibarra, 6 de marzo de 2024

CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular titulado: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LA PRIMAVERA, IBARRA, presentado por los estudiantes POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN con cédula de ciudadanía N° 1003163944 y VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO con cédula de ciudadanía N° 1002968533, para obtener el Título de TECNÓLOGO SUPERIOR EN ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES.

Certifico que el trabajo cumple con todos los parámetros establecidos, mediante el cual los estudiantes demuestran el desarrollo de competencias en el campo de conocimiento de su profesión con un nivel de argumentación coherente, para ser sometido a la evaluación por parte de los lectores.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de originalidad de TURNITIN.



(f): 

Mg. ALMEIDA HERRERA MARCO RONALD
TUTOR DE TRABAJO
C.C.: 1003435458

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

El tribunal examinador, aprueba el presente trabajo en nombre de la Pontificia
Universidad Católica del Ecuador Ibarra:

(f): .....

Mg. ALMEIDA HERRERA MARCO RONALD

DOCENTE TUTOR

C.C.: 1003435458

(f): .....

Mg. MARIA PAULINA MUÑOZ NAVARRO

LECTOR 2

C.C.: 1710225648

(f): 
.....

MG. LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

LECTOR 2

C.C.: 0502929045

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, *POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN* declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 165 del Código Orgánico de Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, que manifiesta textualmente: “Se reconoce facultad de los autores y demás titulares de derechos de disponer de sus derechos o autorizar las utilidades de sus obras o prestaciones a título gratuito y oneroso, según las condiciones que determinen. Esta facultad podrá ejercerse mediante licencias libres, abiertas y otros modelos alternativos de licenciamiento o la renuncia”.

Ibarra 6 de marzo de 2024

(f):  _____

POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN

C.C.: 1003163944

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, *VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO*, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 165 del Código Orgánico de Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, que manifiesta textualmente: “Se reconoce facultad de los autores y demás titulares de derechos de disponer de sus derechos o autorizar las utilidades de sus obras o prestaciones a título gratuito y oneroso, según las condiciones que determinen. Esta facultad podrá ejercerse mediante licencias libres, abiertas y otros modelos alternativos de licenciamiento o la renuncia”.

Ibarra 6 de marzo de 2024

(f):  _____

VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO

C.C.:1002968533

AUTORÍA

Yo, *POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN* con cédula de ciudadanía N° 1003163944, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de los autores, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

(f):  _____

POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN

C.C.: 1003163944

AUTORÍA

Yo, VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO con cédula de ciudadanía N° 1002968533, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de los autores, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

(f):  _____

VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO

C.C.:1002968533

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedicamos a la Pontificia Universidad Católica sede Ibarra por ser un espacio donde no solo nos han brindado los conocimientos de formación académica sino también que nos han inculcado valores para poder ejercer nuestra profesión. A nuestros familiares quienes nos han guiado y motivado para cumplir nuestros objetivos.

Pozo Flores Henry Napoleón

Vaca Guevara David Heriberto

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestros docentes que han sido nuestros formadores, compartiendo sus experiencias y conocimientos para nuestra formación profesional, alcanzar los objetivos planteados en este proceso, a nuestro director de investigación por sus aportes, paciencia y compromiso para llevar a cabo la realización del presente trabajo y a todos los Adultos Mayores del Barrio La Primavera quienes nos colaboraron libre y voluntariamente.

Pozo Flores Henry Napoleón

Vaca Guevara David Heriberto

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN TUTOR.....	ii
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS.....	iv
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS.....	v
AUTORÍA.....	vi
AUTORÍA.....	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	x
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.1 Planteamiento del problema.....	21
1.2 Objetivos de la investigación	24
1.2.1 Objetivo general:	24
1.2.2 Objetivos específicos:.....	24
1.3 Justificación.....	24
CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE- MARCO TEÓRICO	27
2.1 Antecedentes	27
2.2 Marco teórico.....	31
2.2.1 Envejecimiento.....	31
2.2.2 Vejez.....	32
2.2.3 Adultos mayores en Ecuador.....	33

2.2.4	Estado de salud.....	34
2.2.5	Características de la salud en la vejez.....	35
2.2.6	Calidad de vida.....	36
2.2.7	Prácticas de promoción de salud en el adulto mayor.....	38
2.2.8	Valoración geriátrica integral.....	39
2.2.9	Esfera clínica.....	41
2.2.10	Esfera funcional.....	41
2.2.11	Esfera mental.....	41
2.2.12	Esfera social.....	42
2.2.13	Enfermedades y cambios fisiológicos.....	42
2.2.14	Esperanza de vida y esperanza de vida saludable.....	45
2.3	Bases legales.....	46
CAPÍTULO III METODOLOGÍA		51
3.1	Enfoque.....	51
3.2	Nivel.....	51
3.3	Tipo.....	52
3.4	Diseño.....	52
	No experimental.....	52
3.5	Población y muestra.....	52
3.6	Técnicas e instrumentos de investigación.....	53
3.7	Validación de instrumentos.....	55
3.8	Viabilidad Bioética.....	57
3.9	Presupuesto de estudio.....	58
3.10	Cronograma de actividades.....	58
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS		60

4.1 Análisis de datos	79
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1 Conclusiones	81
5.2 Recomendaciones.....	82
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	87

RESUMEN

El estado de salud y bienestar de la población adulta mayor se considera un tema de vulneración, principalmente porque se encuentran expuestos a una serie de factores que ponen en riesgo su integridad. La presente investigación se realizó para describir el estado de salud de las personas adultas mayores del Barrio La Primavera. Se hizo una investigación de tipo descriptiva, con un enfoque cuantitativo transversal, no experimental y de campo. La muestra fue seleccionada en base a cumplimiento de los criterios de inclusión, para hacer la aplicación de los diferentes test direccionados hacia las cuatro esferas de valoración; clínica, funcional, mental y social. Se usó de las escalas de KICA-COG: Ficha Clínica y Cognitiva, Escala de SARCO-GS, Escala De La Cruz Roja, Yesavage y Escala De Gijón. Los resultados obtenidos del trabajo investigativo permitieron encontrar datos significativos en cuanto a la situación de salud, condición social, funcional y cognitiva. La valoración clínica determinó que la hipertensión arterial es la enfermedad con mayor predominio con un 63% y que la población no sufre demencia, pero cerca del 32% tiene una probabilidad de padecerla. La evaluación funcional comprobó que el 94% son independientes y que el 55% presentan sarcopenia. La valoración mental determinó que el 76% no corre riesgo de presentar depresión. La esfera social comprobó que el 78% se encuentra en riesgo social debido al abandono, soledad y aislamiento. Se puede concluir que la población se caracteriza por ser independiente y con distintos grados de alteración en sus funciones, para esto es recomendable el acompañamiento adecuado tanto en prevención como en estimulación de las funciones que están notablemente deterioradas. La Valoración Geriátrica Integral como instrumento multidimensional y multidisciplinar determina nuevos hallazgos que ayuden a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor.

Palabras claves: Vida digna, salud integral.

ABSTRACT

The state of health and well-being of the elderly population is considered a matter of vulnerability, mainly because they are exposed to a series of factors that put their integrity at risk. This research was carried out to describe the health status of older adults in the La Primavera neighborhood. It was a descriptive type of research, with a cross-sectional, non-experimental and field quantitative approach. The sample was selected on the basis of compliance with the inclusion criteria, in order to apply the different tests directed towards the four assessment spheres: clinical, functional, mental and social. The KICA-COG scales were used: Clinical and Cognitive Record, SARCO-GS Scale, Red Cross Scale, Yesavage and Gijon Scale. The results obtained from the research work allowed finding significant data regarding health status, social, functional and cognitive condition. The clinical assessment determined that hypertension is the most prevalent disease with 63% and that the population does not suffer from dementia, but about 32% are likely to suffer from it. The functional assessment found that 94% are independent and 55% have sarcopenia. The mental assessment found that 76% are not at risk of depression. The social sphere showed that 78% are at social risk due to abandonment, loneliness and isolation. It can be concluded that the population is characterized by being independent and with different degrees of alteration in their functions, for which it is advisable to provide adequate support both in prevention and in stimulation of the functions that are notably deteriorated. The Comprehensive Geriatric Assessment as a multidimensional and multidisciplinary instrument determines new findings that help to improve the quality of life of the elderly population.

Key words: Dignified life, Integral health.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el crecimiento de la población adulta mayor a nivel mundial se ha convertido en un punto importante que involucra políticas públicas las mismas que están enfocadas en el mejoramiento del estado de salud, debido a que hoy en día el nivel de enfermedades presentes en este grupo etario se encuentra en constante aumento.

Tanto en las zonas rurales como urbanas las estadísticas mencionan que la población adulta mayor no cuenta con un servicio de atención para garantizar su salud y que les permita prevenir las enfermedades, mantener un buen estilo de vida, provocando que los adultos mayores que las condiciones de vida no sean las adecuadas.

El objetivo del estudio es describir el estado de salud de un grupo de personas adultas mayores del Barrio La Primavera a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral durante el periodo octubre 2023 – febrero 2024.

El tipo de investigación a desarrollarse es descriptivo con enfoque cuantitativo, transversal, no experimental y de campo. La población de estudio estará constituida por un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera y la muestra consistirá en las personas que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicarán los diferentes test en las cuatro esferas de valoración: clínica, funcional, mental y social, de manera domiciliaria.

El resultado obtenido del trabajo investigativo permitirá tener un diagnóstico real de la situación de salud de esta población, lo cual servirá como base para el desarrollo de otras investigaciones. En cuanto a la importancia del estudio se basa en la Valoración Geriátrica

Integral como una herramienta multidimensional y multidisciplinaria diseñada para detectar, cuantificar y describir el estado de salud de las personas adultas mayores.

Capítulo I en este apartado se realizará una base teórica - científica sobre los aspectos más relevantes de las variables en estudio, estado de salud, población adulta mayor- valoración geriátrica integral, se redactarán sus definiciones y distintas características, misma que permitan mayor comprensión y conceptualización.

Capítulo II En esta sección se desarrollará la metodología de investigación a usar, descriptivo con enfoque cuantitativo, transversal, no experimental y de campo. Se trabajará con una población conformada por un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera, el instrumento para aplicar, Valoración Geriátrica Integral, misma que se caracteriza por su validez y confiabilidad en sus resultados.

Capítulo III Se realizará la presentación de los datos obtenidos a través de un análisis descriptivo de la situación actual en la que se encuentra la población evaluada.

Capítulo IV Se realiza la redacción de conclusiones y recomendaciones, mismas que se determinan una vez finalizada la investigación.

Líneas de investigación: Vida digna y salud integral.

Sublínea: Salud integral, determinación social y desarrollo humano - Salud y grupos vulnerables.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La salud es un derecho del cual goza toda la población mundial, indistintamente de la edad, la religión, cultura, creencias u orientación sexual, va de la mano con la accesibilidad. Sin embargo, existen problemas en el acceso a la salud vinculados a la falta de recursos humanos y tecnológicos, insumos y medicamentos, déficit en los presupuestos, infraestructura inadecuada, lo que provoca que este derecho se vea vulnerado, por la falta de cobertura sobre todo en aquellas poblaciones con mayor prioridad, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores.

La pobreza, la pobreza extrema, el abandono, la esperanza de vida, los índices de mortalidad, natalidad y la predisposición a nuevas enfermedades en la población adulta mayor, también son indicadores de problemas existentes en el buen estado de salud.

De acuerdo con lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud, 2020, la población envejece en todo el mundo con más rapidez que en el pasado, pero en América Latina y el Caribe esta transición demográfica tiene lugar incluso con mayor celeridad. Más del 8% de la población tenía 65 años o más en el 2020 y se estima que ese porcentaje se duplicará para el 2050 y superará el 30% para finales de siglo. Uno de los principales efectos de este drástico cambio demográfico es que muchas personas mayores carecen de acceso a los recursos básicos necesarios para disfrutar de una vida digna y muchas otras se enfrentan a múltiples obstáculos para participar en la sociedad con plenitud.

El estado de salud adecuado en la población adulta mayor en ciertos casos se ve afectado por las dificultades presentes para el ingreso a los servicios públicos que garanticen la estabilidad integral de esta población.

Dos indicadores ampliamente usados en el campo de la demografía y salud, son la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a los 60 años, ya que reflejan el nivel de salud y bienestar que una sociedad puede ofrecer a aquellos que sobreviven hasta convertirse en personas mayores (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2023).

En Latino América, en Chile, la esperanza de vida ha alcanzado los 80,7 años, representando a las personas mayores, casi un 20 por ciento de nuestra población. Se estima que para el 2050 llegarán a ser un 32 por ciento de la población, es decir, 1 de cada 3 chilenos, aproximadamente, lo que va a generar no solo un impacto demográfico, sino además un impacto social, económico y cultural. Estos cambios demográficos implican una serie de retos en todo el mundo, pero principalmente para la región de las Américas, quedaron expuestos durante la pandemia por COVID-19. La alta desigualdad y el difícil acceso de las personas mayores a los recursos básicos necesarios para gozar de buena salud, apoyo social y bienestar son mucho más complejos en entornos vulnerables y en situación de emergencia (Larraín, 2021).

“En países como Brasil, Chile, Panamá y Uruguay, un 2a persona de 65 años puede esperar vivir más de 12 años en condiciones saludables y sin pobreza” (Aranco et al., 2022).

En Ecuador la situación no es distinta, el proceso de envejecimiento es tan acelerado en comparación años anteriores que el nivel de dependencia de esta población hacia sus familiares o cuidadores ha ido en aumento. “Al igual que otros países de la región, se encuentra

experimentando un proceso de envejecimiento poblacional, resultado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de nacimientos” (Valdivia, 2020). Desde esta perspectiva es importante conocer que en su mayoría van a padecer de enfermedades crónicas y otras asociadas al proceso de envejecimiento como pérdida de la visión y audición, mismas que afectan la calidad de vida y desarrollo de actividades diarias, surgiendo la necesidad de ser cuidados por otras personas.

La etapa de vida de los adultos mayores en la ciudad de Ambato no difiere en nada de otras ciudades y centros rurales del país en cuanto a las dificultades que deben afrontar dentro y fuera del hogar, sin dejar de mencionar la atención que reciben en los centros de salud y cualquier otra dependencia pública a las cuales deban acudir. Los factores que determinan la calidad de vida que acompañan el envejecimiento de los adultos, son los recursos materiales que poseen junto a sus familiares más cercanos. La calidad de vida depende de las posibilidades de satisfacer sus necesidades mediante el beneficio que otorga el derecho (Andagana et al., 2022).

El bienestar de los adultos mayores depende de muchos factores que ayudan a satisfacer sus necesidades y a mantener su funcionalidad durante esta etapa de vida, se cree que llegar a una edad avanzada implica ser una carga para quienes conviven con ellos, la realidad es distinta, la falta de accesibilidad ha impedido que goce de un buen entorno que garantice la calidad de vida.

El incremento de la población adulta mayor es un hecho por lo que por medio de la aplicación del instrumento Valoración Geriátrica Integral, se busca tener visión más amplia y clara del contexto del estado de salud y enfermedades del adulto mayor.

Uno de los objetivos de este instrumento es detectar los problemas que afectan el estado de salud del adulto mayor al no realizarse una adecuada prevención en salud para poder evitar en lo posible el deterioro y la aparición de síndromes geriátricos. (Sánchez et al., 2020)

Este instrumento evalúa la funcionalidad de cuatro esferas de desarrollo de los adultos mayores, mismas que reflejan las necesidades que se deben cubrir.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general:

Describir el estado de salud en un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera, Ibarra a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral durante el periodo octubre 2023 – febrero 2024.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Sustentar teóricamente el estado de salud de las personas adultas mayores mediante la investigación documentada de las diferentes esferas de Valoración geriátrica Integral.
- Aplicar cada uno de los test correspondientes de la Valoración Geriátrica Integral en las esferas: Clínica, Funcional, Mental y Social.
- Analizar y socializar los resultados obtenidos generando así datos confiables y actuales correspondientes a la realidad de la población estudiada.

1.3 Justificación

La presente investigación se realiza con la finalidad de realizar un análisis descriptivo del estado de salud en un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera, Ibarra a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral durante el periodo octubre 2023 –

febrero 2024.

La vejez no solo es la etapa final del desarrollo, el ser humano pasa por una serie de cambios que engloban los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde todos estos campos es visible una variación en el comportamiento como en la ejecución de las actividades cotidianas, A esto se suma el acompañamiento que tengan por parte de sus familiares, muchos viven el envejecimiento solos, situación que conllevan a la existencia de descuido personal, aislamiento, deterioro cognitivo acelerado, desequilibrio emocional, evolución avanzada de enfermedades y por ende un estado de salud débil.

Una de las limitaciones que presenta esta población vulnerable es la dificultad para el acceso a los servicios que garanticen el estado de salud optimo, como se mencionó por la falta de acompañamiento, atención y dependencia, conocimiento sobre los servicios, factores económicos, pobreza y pobreza extrema.

Para la obtención de los resultados se hará uso del Instrumento Valoración Geriátrica Integral, misma que abarca las esferas clínica, funcional, mental y social además de detectar la existencia de diferentes problemáticas en el entorno del adulto mayor, las habilidades conservadas y las necesidades que se deban cubrir, para posterior del análisis descriptivo se lleve a cabo actividades de detección, intervención y seguimiento.

Como beneficiarios directos de la investigación se encuentra el grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera, sus familias y cuidadores, debido a que se pondrá a disposición los resultados obtenidos para el conocimiento del estado de salud de los usuarios. A docentes y estudiantes para contrastar los datos obtenidos con investigaciones similares.

La ejecución del trabajo de investigación es factible en cuanto a sus resultados y beneficios, la apertura por parte de las autoridades y miembros del Barrio “La Primavera”, la población en estudio, los recursos materiales y humanos, los instrumentos de evaluación para la recolección de datos en los participantes y la base teórica científica que le da sustento a la investigación.

CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE- MARCO TEÓRICO

En este apartado se sustentará de manera teórica las variables de estudio en base a sustentos científicos de artículos, libros, revistas, ensayos, etc. Con la finalidad de justificar el trabajo investigativo.

2.1 Antecedentes

La primera diferenciación que el ser humano debe hacer en ese camino es fijar los límites que existen entre el envejecimiento normal y el patológico. El envejecimiento normal sería un envejecimiento con éxito, competente, de alguna manera óptimo a nivel global en alguno de sus aspectos específicos, tales como la independencia funcional, la capacidad cognitiva, etc. Por otro lado, tendríamos el envejecimiento patológico que simbolizaría un poco el fracaso, especialmente asociado a déficit biológicos, funcionales, cognitivos, o a fracasos de roles sociales (Osorio, 2018).

En un estudio de Life Satisfaction in Older People / (satisfacción de la vida en personas mayores) evaluado a través de la escala «Philadelphia Geriatric Center (PGC Morale Scale), y aplicado en 2.165 sujetos, se encontró que los niveles más altos se daban en los hombres, con independencia de su nivel económico, cultural, etc. Se han visto tres componentes básicos de la calidad de vida: longevidad, salud y niveles de satisfacción, factores que van a estar íntimamente relacionados con la capacidad funcional y, sobre todo, con nuestra forma de organizar la vida (Osorio, 2018).

Estudios realizados en Ecuador indicaron que la percepción de bienestar subjetivo en adultos mayores tuvo como predictor importante a la alimentación que fue relacionada con los

recursos percibidos, la situación económica y la percepción de salud, revelando los resultados que los adultos mayores de las zonas urbanas relacionan su bienestar a una percepción mala de salud mientras que en las zonas rurales la calidad de vida se relaciona con una situación económica desfavorable, por otro lado, el análisis hecho de los principales determinantes socioeconómicos que afectan la calidad de vida de los adultos mayores concluye que el área de residencia no es determinante, no así la ocupación y el nivel de educación, y un impacto negativo relaciona con el padecimiento de una enfermedad y pertenecer al rango de edad de 71 y 80 años (Fernández et al., 2021).

La realidad de la población adulta mayor en el país es difícil debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, discapacidad y otras condiciones de dependencia que generan afecciones severas de salud lo cual agrava el sentido de indefensión en la población adulta mayor que está sujeta a vivir en las calles, explotación, maltrato. El Ecuador promulga y revisa leyes y normas para reconocer los derechos de los adultos mayores en la Constitución Política y el plan Nacional de buen Vivir con las cuales se busca no sólo erradicar la discriminación a la vejez sino proporcionar bienestar físico, emocional y social al adulto mayor por esto se mantienen medidas de amparo como: el bono de desarrollo humano, trabajo remunerado, jubilación, rebaja de servicios públicos, acceso a vivienda, sanciones a familiares por abandono, participación con el voto facultativo y reconocimiento como grupo prioritario para garantizar el acceso a servicios de salud (Quinatoa, 2018).

Gallo, Reichel y Andersen (1988) en su libro *Handbook of Geriatric Assessment*, se refieren a la necesidad de realizar a los adultos mayores una valoración multidimensional que incluya el estado mental, funcional, social, de valores, económica y física, utilizando varios

instrumentos o escalas que son complementarios, y cuya interpretación debe ser realizada por el equipo interdisciplinario de salud (Osorio, 2018).

Aun en la actualidad existen dificultades que impiden el libre acceso a los servicios básicos, siendo la salud uno de ellos, en los países de bajos recursos es más notable esta dificultad, y de existir la posibilidad estos servicios no cubren las necesidades de la población adulta mayor (Alania, 2020).

En Ecuador, el sistema nacional de salud se enfrasca en brindar asistencia de salud de calidad a la población, sin embargo, existen dificultades en áreas rurales, que afectan la calidad y sistematicidad en los servicios de salud prestados; destacan la lejanía, el difícil acceso y la disminución de la cobertura de salud (Cisneros et al., 2023).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), utilizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, muestra que existen diferencias significativas en varias determinantes de salud entre las áreas rurales y urbana; se señala que existe mayor riesgo para la salud en las áreas rurales. Estas diferencias se acrecientan en la población mayor de 60 años, por lo que los adultos mayores son considerados como un grupo poblacional prioritario, en el que existe mayor riesgo de afectación para la salud, condicionado por el propio proceso de envejecimiento (Cisneros et al., 2023).

En un estudio realizado en Ecuador, en el año 2021 se pudo encontrar los siguientes datos una vez aplicada la Valoración Geriátrica Integral, los participantes tenían una edad media de $70,9 \pm 7,1$ años. Variables demográficas: el 73 % eran afro ecuatorianos, el 69 % tenían instrucción básica y el 57 % no realizaban ninguna actividad física. Evaluación clínica: el 47,4 %

presentaban dificultad de visión, el 52 % riesgo nutricional y el 6 % desnutrición. Valoración social: el 13 % tenían deterioro social severo; el 40 % presentaban algún deterioro cognitivo y el 8,2 % tenían depresión; el 46,9 % eran funcionalmente dependientes y el 16,8 % presentaban dinapenia (Córdova et al., 2021).

2.2 Marco teórico

2.2.1 Envejecimiento.

De acuerdo a lo mencionado por varios autores podemos definir al envejecimiento como un conjunto de transiciones que sufre el ser humano a lo largo de su ciclo de vida, cambios que no precisamente están asociados a la edad, sino a los cambio físicos, biológicos, psicológicos, sociales e incluso de comportamiento que se experimenta como parte de la maduración, es un proceso dinámico acompañado por la disminución del funcionamiento de orgánico con un riesgo de adquirir con mayor facilidad enfermedades agudas y crónicas (Mendoza Núñez, S/A).

Para las ciencias sociales y del comportamiento el envejecimiento es un proceso más de desarrollo; mientras que, desde un enfoque biológico, el envejecimiento hace más bien alusión a un proceso de deterioro y pérdidas que acontecen en las últimas etapas de la vida (Herrera & Rubio, 2018).

Distintos autores conceptualizan al envejecimiento desde un punto de vista biológico, como un proceso gradual y adaptativo, provocando un descenso en sus habilidades propio de las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, a causa de desgaste propio de la edad, debido a la exigencia en distintas actividades desarrolladas en los distintos entornos.

Otras aportaciones mencionan que el envejecimiento tiene una etapa de inicio, la denominada quinta década a partir de los 45 años de edad aproximadamente, los cambios presentes están en la anatomía y fisiología del individuo, el fallo de sistemas y aparatos ante agentes patológicos que ponen en vulneración el estado de salud, existiendo la presencia de

enfermedades infecciones, degenerativas, crónicas que afectan a la persona (Boyzo & Felegrino, 2021).

2.2.2 Vejez.

La vejez se define como una etapa estática, una etapa más de la vida que ha cumplido y que se enmarca al llegar a cierta edad, misma que es establecida por la sociedad. En este ciclo el individuo por las condiciones asociadas a la edad desarrolla un tipo de dependencia misma que se atribuye a un familiar o cuidador, pues se entiende que es esta parte el adulto mayor ya no cumple un rol activo en la sociedad, muchos se jubilan, dedican su tiempo al autocuidado, a actividades de ocio o a la crianza y acompañamiento de sus nietos. Por otra parte, un grupo de adultos mayores vivirá en soledad. “La edad preestablecida en algunos países es de 65 años aproximadamente, en otros se determina a partir de los 60 años de edad” (Mendoza Núñez, S/A).

Se establecen tres tipos de adultos mayores de acuerdo a su edades y el papel que desarrollen en la sociedad, de esta manera aquellos quienes aún conservan sus habilidades para trabajar, denominados los viejos activos, se encuentran en la edad mayor a 55, por otro lado están los que acceden a un servicio de pensión o jubilación, encontrándose en las edades de 65 en adelante y el tercer tipo las personas que por situaciones de salud o soledad permanecen inactivas se los conoce como los más viejos, han cumplido 75 años o más (Miranda J. G., 2018).

Por otro lado hay quienes afirman que la edad para determinar la vejez en la actualidad se ve modificada por la esperanza de vida, la tasa de natalidad y mortalidad, generando que la clasificación de los grupos de edad cambien su orden, como sugerencia se busca establecer una edad de jubilación a partir de los 60 años de edad, pues al individuo alcanzar un mayor número

de edad su capacidades de desenvolvimiento en los distintos entornos ya no tiene la misma eficacia presentando a su vez problemas físicos, de salud, mental propio de la edad avanzada (Miranda J. G., 2018)

Una vez que la persona ha llegado a esta etapa del ciclo de vida, se enfrenta a dos alterativas difíciles para continuar con su día a día, diferenciar entre lo que puede y quisiera hacer o elegir hacía va a orientar los días venideros de esta etapa que muchos la catalogan como la final, el camino hacia el éxito, hacia la competencia, hacia la felicidad (Herrera & Rubio, 2018).

2.2.3 Adultos mayores en Ecuador.

La población adulta mayor en Ecuador ocupa alrededor del 7,4% de los 17,5 millones de ecuatorianos, de acuerdo a los datos recopilados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, de acuerdo a este levantamiento se demuestra que en comparación a los últimos 10 años ha existido un aumento de 32,8%, obteniendo un cambio en las cifras de 986.294 a 1.310.297 entre 2010 y 2020. Según estas apreciaciones se estima que para el año 2030 exista un incremento del 30% de la población adulta mayor (Machado, 2021).

En Ecuador se considera persona adulta mayor a quien ha alcanzado la edad de 65 años o más, siendo reconocidos por el Estado y la sociedad como un grupo de atención prioritaria. Cada uno de ellos viven diferentes realidades lo que los vuelve una población vulnerable, al abandono a situaciones de violencia, negligencia, pobreza y pobreza extrema (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2019). Acorde a lo mencionado el gobierno establece políticas públicas que garanticen la atención especializada y derechos que respalden a este grupo

prioritario para ello se da a conocer los Derechos específicos de las personas adultas mayores.

- No ser discriminados por ser personas adultas mayores (65 años)
- Recibir atención prioritaria en ámbitos públicos y privados, sobre todo en campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia.
- Atención gratuita y especializada de salud, y acceso gratuito a medicinas.
- Trabajo remunerado, acorde a sus capacidades, tomando en cuenta sus limitaciones.
- Jubilación universal
- Rebajas en los servicios públicos y privados de transporte y espectáculos
- Exenciones en el régimen tributario
- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
- Acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento
- Derecho al voto facultativo
- Derechos a una vida libre de violencia en el ámbito público y privado

2.2.4 Estado de salud.

Al hablar de salud creemos que su definición se basa en la ausencia de enfermedades que alteran el funcionamiento correcto del cuerpo humano, padeciendo una serie de signos y síntomas que hacen que el individuo le asigne un nombre a su enfermedad, lo que se conoce como morbilidad percibida, pero cuando esta es evaluada por un médico especialista o por profesionales de la salud adquiere el nombre de morbilidad diagnosticada. Es así que el estado de salud de una persona se establece en base al bienestar completo físico, mental y social. Por lo

tanto, lograr el estado de bienestar completa dependerá del acceso a este derecho, de contar con las condiciones adecuadas, la salud es un derecho humano que no distingue raza, religión, o posición social, es un derecho accesible para toda la población e inajenable (Carvajal & Jáuregui, 2022).

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

2.2.5 Características de la salud en la vejez.

La vejez se caracteriza por una serie de cambios que se han ido acumulando a lo largo de la edad del adulto mayor, por lo que es esencial haber gozado de buenos hábitos de cuidado que permitan que los cambios de la vejez vengan acompañados de buena salud, sin embargo, existen aspectos propios de esta etapa.

Cambios biológicos. existen una disminución gradual del funcionamiento de sistemas y órganos como: Sistemas sensoriales, visión, audición, gusto, olfato, tacto, la estructura muscular, sistema esquelético, articulaciones, sistema cardiovascular, respiratorio, excretor, digestivo, todo este deterioro produce la pérdida de fuerza, cambio en la figura corporal, pérdida de peso y estatura, dificultad para movilizarse, aumento de la presión arterial, incontinencia, entre otros (Quinatoa, 2018).

Funciones de movimiento. debido a los cambios en la estructura biológica y física de los

adultos mayores por el desgaste de músculos, articulaciones, la fuerza, la marcha se hace más lenta e insegura, siendo más propensos a sufrir accidentes.

Funciones sensoriales. los sentidos que mayor afectación tienen son los de la visión debido a la disminución de la agudeza visual y la capacidad para distinguir colores y la audición que impide la capacidad para discriminar palabras y conversaciones, lo que dificulta que las relaciones con otras personas sean plenas.

Funciones cognitivas. las habilidades cognitivas como la memoria, atención, el pensamiento, habilidades de lenguaje pierden su funcionalidad disminuyendo el procesamiento de la información provocando que exista problemas para recordar, comunicarse adecuadamente, por otro lado la imaginación y la creatividad aún se conserva (Martinez, 2020)

2.2.6 Calidad de vida.

La calidad de vida de los adultos mayores se relaciona con el bienestar físico, social, emocional, intelectual, ocupacional, lo que le permite que pueda satisfacer sus necesidades individuales como dentro de un contexto. Dichas necesidades también se ven cubiertas por factores económicos, sociales y culturales, estos aspectos tienen estrecha relación con el estado de salud, pues en el caso de tener deficiencias y no cubrir las necesidades no existe el bienestar completo del adulto mayor. Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros, de estas características depende el desarrollo pleno en diferentes entornos del adulto mayor (Pinedo, 2019).

Desde otro enfoque se determina que la calidad de vida es el resultado de factores objetivos como se mencionó en el apartado anterior serían las condiciones económicas, culturales, personales y ambientales, la vida de los adultos mayores se ve afectada cuando sufren el abandono de familiares, teniendo que llevar esta etapa solos, cuando el individuo es niño necesita del cuidado de sus padres debido a que no desarrolla actividades de forma autónoma por lo que se le enseña a adquirirlas, en la vejez el adulto mayor pierde esta autonomía generándose la necesidad de depender de alguien más, los factores subjetivos se enmarcan por la valoración que el adulto mayor le da a su existencia, algunos habrán cumplido con sus expectativas de vida, un trabajo digno, familia, amigos, viajes, actividades de ocio, y otros simplemente ver la vida pasar acompañados por la soledad y sin cumplir un rol activo dentro de la sociedad, aquella que los vio crecer y desarrollarse y la que ahora los ve envejecer y llegar al punto final (Aranda, 2018).

Es importante mencionar que los adultos mayores son más propensos que los jóvenes de tener cambios en su vida, debido a la edad prolongada a la cual han llegado, la vulnerabilidad a la que se enfrentan se determina por factores internos como externos, de conducta y ambientales.

Se dice que los adultos mayores que disfrutaban de una buena calidad de vida han llegado a edades avanzadas sin padecer enfermedades graves, aquellos que conservan su capacidad funcional, siendo capaces de reconocer, recordar, comunicarse con facilidad, aquel que es independiente en las actividades de la vida diaria y que por ningún motivo presenta dificultades mentales o sociales (Vélez et al., 2019).

Tabla 1*Dimensiones de la calidad de vida*

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, Ocio
Bienestar emocional	Satisfacción, auto concepto, ausencia de estrés
Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
Inclusión social	Integración y participación con la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda
Autodeterminación	Autonomía, metas, valores personales, elecciones
Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Fuente: Hernández.,2018

2.2.7 Prácticas de promoción de salud en el adulto mayor.

Estas acciones de promoción y prevención están orientadas a mantener y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores evitando el progreso repentino de enfermedades y sus posibles secuelas. Para lo cual se debe promover las actividades de tiempo libre y recreación en proyecto dirigidos a esta población grupos de apoyo, que estén encabezados por profesionales especializados en el trato de adultos mayores etc. Es importante contar con la presencia de los

familiares y cuidadores para el trabajo de promoción de la salud fomentando los entornos seguros, acogedores, estimulantes. La escucha activa por parte de familiares y cuidadores hacia los adultos mayores promueve la participación, la creatividad, la memoria por lo que una alternativa es conocer sobre sus historias de vida, observación participativa, recuperación de prácticas y saberes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Desde el Ministerio de Salud Pública MSP promocionan las siguientes actividades.

- Captación de los adultos mayores de su área de influencia para la conformación de clubes y procesos de educación en salud.
- Valoración psicológica para determinar los adultos mayores que pueden beneficiarse de un grupo de ayuda mutua entre pares o a su vez de recibir apoyo emocional de forma individual.
- Creación de espacios de reflexión y recreación en la construcción de conocimiento en base a intercambio de saberes y cosmovisión mediante la vinculación intergeneracional.
- Elaboración de un plan de trabajo conjunto entre el personal y los adultos mayores inscritos y organizados (Ministerio de Salud Pública , 2018).

Es importante que exista un seguimiento a las normativas públicas que se establecen desde el MSP, mismas que están destinadas a la promoción de la salud con el objetivo de dar un respuesta efectiva y oportuna con la finalidad de promover la calidad de vida adecuada de la población.

2.2.8 Valoración geriátrica integral.

Consiste en un proceso que como objetivo tiene realizar un diagnóstico multidimensional

e interdisciplinario, para identificar distintas problemáticas, físicas, funcionales, psíquicas y sociales que pueden presentar los adultos mayores, en especial aquellos que presenten particularidades en su desarrollo. Una vez realizada la valoración se creará un plan individual con la promoción del cuidado integral, con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitadoras y de seguimiento, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y su autonomía. Para lo cual se debe tomar en cuenta el estado de salud; físico, social, mental, funcional, situación socio económica y ambientales, en el caso de presentar dificultades el adulto mayor en cualquiera de las esferas a evaluar los datos obtenidos será invalidados, la VGI busca tener una apreciación global. (Berghe, 2021).

La Valoración Geriátrica Integral se basa en dos enfoques; multidimensional por que evalúa las esferas de desarrollo del individuo, e interdisciplinaria porque la evaluación y diagnostico la realizan distintos campos profesionales. Los cuatro enfoques de valoración geriátrica al ser evaluados permiten tener una visión más amplia de las dificultades de salud presente y partir de esta observación tomar decisiones para mantener el equilibrio de salud y mejorar la calidad de vida. Sin una valoración será muy difícil preparar un tratamiento para el adulto mayor sin tener claro cuáles son los problemas de salud (Berghe, 2021).

En la actualidad existe una serie de instrumentos de medición que ayudan a realizar una evaluación completa del estado de salud, cada país maneja la adaptación de estas herramientas de acuerdo a la edad, la población, la formación, académica, el objetivo crear mayor accesibilidad para realizar la valoración con resultados verdaderos y evitando distorsiones que invaliden el proceso.

2.2.9 Esfera clínica.

Esta inicia con la historia clínica del adulto mayor, pues es importante conocer todos sus antecedentes, historia de la enfermedad en caso de tenerla, esta información debe ser entregada por parte de los familiares o cuidadores de los adultos mayores, debido a que puede ser una dificultad hacerlo por si solos, por la presencia de déficit auditivos, visuales, cognitivos entre otras. La información entregada debe ser clara y detallada para que se pueda hacer el diagnóstico adecuado, para complementar esta evaluación también se realiza un examen físico con el consentimiento del adulto mayor, en ciertos casos pueden presentar resistencia (Berghe, 2021).

2.2.10 Esfera funcional.

Esta esfera se compone por tres ejes de desarrollo, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aquella que asegurar la supervivencia, actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), estas aseguran la independencia y son catalogadas por la cultura y la sociedad, incluyen labores domésticas, uso de transporte y cognoscitivas la y capacidad de movilidad (Berghe, 2021).

Para esta evaluación se utiliza instrumentos como el índice de Katz que mide las actividades básicas de la vida diaria, existen otras escalas como la de Barthel autocuidado e independencia y la de la Cruz Roja. Para actividades instrumentales se dispone de la escala de Lawton (Martínez et al., 2018).

2.2.11 Esfera mental.

Este ámbito valora el deterioro cognitivo que afecta la autonomía e independencia del

adulto mayor con el fin de buscar estrategias para prevenir, diagnosticar, dar seguimiento de forma anticipada. Para ello se evalúan funciones cognitivas como: pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas (Berghe, 2021).

Las pruebas de tamizaje facilitan la detección de deterioro leve y moderado, permitiendo un diagnóstico más temprano y una intervención más eficaz, como por ejemplo test del reloj y el Minimental, Test de Folstein esto dependerá del grado académico alcanzado de otro modo se hará uso del cuestionario de estado mental de Pfeiffer. (Martínez et al., 2018).

2.2.12 Esfera social.

Este eje evalúa las características del entorno donde se desenvuelve el adulto mayor, la constitución de un hogar seguro que brinde las herramientas necesarias, se hace la valoración del entorno familiar, redes de apoyo, vivienda, economía, jubilación o pensiones, accesibilidad a los servicios públicos y privados con especial consideración el derecho a la salud entre otros (Berghe, 2021).

“Para esta evaluación se hace uso de la escala de valoración sociofamiliar, modificada. La que establece dos categorías: Entorno social adecuado y Riesgo y problema social” (Martínez et al., 2018).

2.2.13 Enfermedades y cambios fisiológicos.

Los cambios son inevitables, sobre todo cuando están asociados a la edad y la maduración aumentando el riesgo vulnerabilidad pasando de un funcionamiento aparentemente

normal a un anormal patológico. Las modificaciones fisiológicas y morfológicas son propios del envejecimiento, pero no todas las personas envejecen del mismo modo, esto estará acorde a las condiciones que haya vivido, algunas afecciones se encuentran asociadas a factores genéticos.

Los cambios más evidentes se atribuyen a los corporales debido a la pérdida de masa muscular, la pérdida de peso, estatura y encorvamiento en algunos casos es más notable, los cambios en la fisiología se podrán determinar mediante evaluaciones. (Guillén & Chávez, 2018).

A estos cambios se suman otros problemas cognitivos como la pérdida de memoria, provocando que la persona olvide cosas o que recuerde solo ciertas partes de su vida, al existir la disminución de movilidad, aumenta la posibilidad de lesiones a causa de las caídas, existiendo más riesgos, reducción en la capacidad visual y auditiva, como características principales de esta etapa de vida o las más frecuentes a las que se exponen, sin dejar de lado a aquellas enfermedades de las que son más propensos sufrir (Herrera A. A., 2020).

Tabla 2

Algunos cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento

	CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
	-Aumento de matriz colágena en túnica media	-Rigidez vascular y cardíaca -Mayor disfunción endotelial
Cardiovascular	-Pérdida de fibras elastina -Hipertrofia cardíaca: Engrosamiento septum -Disminución cardiomiocitos y	-Volumen expulsivo conservado -Mayor riesgo de arritmias

	CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
	aumento matriz extracelular	
Renal	<ul style="list-style-type: none"> -Adelgazamiento corteza renal -Esclerosis arterias glomerulares -Engrosamiento membrana basal glomerular 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D
Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> -Menor masa cerebral -Aumento líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal, focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor focalización actividad neuronal -Menor velocidad procesamiento -Disminución memoria de trabajo -Menor destreza motora
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de masa muscular -Infiltración grasa 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución fuerza -Caídas -Fragilidad
Metabolismo Glucosa	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de grasa visceral -Infiltración grasa de tejidos 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor Producción adipocinas y factores inflamatorios

CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
-Menor masa de células beta	-Mayor resistencia insulínica y diabetes

Fuente: (Ministerio de Salud-Chile, 2019)

2.2.14 Esperanza de vida y esperanza de vida saludable.

La esperanza de vida al nacer se traduce como la expectativa de vida al nacer, el promedio de años que se estima una población va a vivir, la cual en los últimos años se ha modificado por distintas situaciones, agentes ambientales que provocan altas tasas de mortalidad como enfermedades, un número de adultos mayores son sobrevivientes de estos agentes patológicos, en la actualidad la tasa de natalidad ha disminuido cambiando la esperanza de vida a nivel global.

“El crecimiento poblacional ha venido acompañado de avances tecnológicos y en materia de salud, que han permitido que aumenten la esperanza de vida” (Mendoza Núñez, S/A).

De acuerdo con los datos del INEC, la esperanza de vida en el Ecuador ha aumentado en los últimos años alcanzando la edad de 75 años para los hombres y 80 años para las mujeres, en comparación con los 90s, la esperanza vida era de 67 años para los hombres y 71 años para las mujeres esto debido a los avances y nuevos descubrimientos (UNFPA, 2023).

La esperanza de vida saludable por otro lado dependerá de las condiciones de morbilidad y mortalidad, se caracteriza por la ausencia de enfermedades, limitaciones funcionales y discapacidades que impidan el bienestar del individuo cumpliendo con las expectativas de vida, como aspecto importante se considera la calidad de vida para el disfrute de una buena salud

(Landazábal & Pertuz, 2018).

2.3 Bases legales.

En el Ecuador existen distintos grupos vulnerables que necesitan atención prioritaria, en el caso de los adultos mayores, de los cuales El Estado deberá garantizar la protección integral de sus derechos.

Es así que, de acuerdo a la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2019 en concordancia con la Constitución de la República del Ecuador y otras entidades establecen:

Art. 3.- *Son deberes primordiales del Estado.* 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 8.-*Interconexión de bases de datos.* Las bases de datos de los registros nacionales de personas adultas mayores y de personas jurídicas públicas, privadas y de economía mixta dedicadas a su atención, mantendrán la debida interconexión con los organismos públicos o privados que estén involucrados en el área de geriatría y gerontología; a fin de procurar la actualización de su información y la simplificación de los procesos de conformidad con la Ley.

Art. 11.-*Corresponsabilidad de la Familia.* La familia tiene la corresponsabilidad de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores y brindarles el apoyo necesario para satisfacer su desarrollo integral, respetando sus derechos, autonomía y voluntad.

Art. 13.-De los beneficios no tributarios. Las personas adultas mayores, gozarán de los siguientes beneficios.

- Exoneración del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos, paquetes turísticos y recreacionales. Además, tendrán acceso gratuito a los museos. Cuando se trate de personas adultas mayores no autónomas este derecho se extenderá a un/una acompañante; para ello, en el Reglamento de esta ley se determinará a quienes se considerarán como personas adultas mayores no autónomas.
- Exoneración del 50% del valor del consumo que causare el uso de los servicios de un medidor de energía eléctrica, cuyo consumo mensual sea de hasta 138 KW/hora; de un medidor de agua potable cuyo consumo mensual sea de hasta de 34 metros cúbicos; y, el 50% de la tarifa básica del teléfono fijo residencial de propiedad del beneficiario en su domicilio. Todos los demás medidores o aparatos telefónicos fijos residenciales que consten a nombre del beneficiario o su cónyuge o conviviente, pagarán la tarifa normal, así como el exceso en el consumo de los límites aquí propuestos.

En caso de negativa, la empresa deberá informar al peticionario, por escrito y en forma motivada, los fundamentos de su resolución.

- Además, se exonera el 50% del valor de consumo que causare el uso de los servicios de los medidores de energía eléctrica, de agua potable y de la tarifa de teléfono a las instituciones sin fines de lucro que den atención a las personas de la tercera edad como: asilos, albergues, comedores e instituciones gerontológicas.
- Exoneración del 50% del valor de consumo en un plan básico de telefonía celular e

internet, cuyo titular sea la persona adulta mayor. Para tales rebajas, bastará presentar la cédula de identidad o ciudadanía o el carné de jubilado y pensionista del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, datos que deberán ser debidamente verificados por las empresas que prestan estos servicios.

Las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, proveedoras de estos productos y servicios, deberán informar a los adultos mayores y sus familiares de estos beneficios, mediante los mecanismos y formas que disponga el Reglamento a esta Ley.

Art. 16.-Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal.

Art. 24.-Vivienda adecuada. Las personas adultas mayores tienen derecho al disfrute de una vivienda digna y adecuada; a residir en su propia vivienda por el tiempo que sea necesario, sin que su familia o apoderados puedan limitar su derecho de uso, goce y disposición.

Art. 33.-De la seguridad personal. Las personas adultas mayores tienen derecho a la preservación de su integridad y a una vida libre de todo tipo de violencia. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, atender, sancionar y reparar todo tipo de discriminación, violencia, maltrato, abuso, explotación sexual o de otra índole.

Art. 41.-Trato preferente en instituciones. Las instituciones públicas y privadas que brinden servicios, destinarán espacios preferentes a las personas adultas mayores y otros grupos de atención prioritaria.

Art. 42.-Del derecho a la salud integral. El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Art. 44.-Sobre la prestación de servicios de salud para las personas adultas mayores indigentes. Las entidades del Sistema Nacional de Salud no podrán negar la prestación de sus servicios a las personas adultas mayores indigentes.

Art. 46.-Atención médica prioritaria en situación de emergencia. Las personas adultas mayores serán atendidas de manera prioritaria e inmediata con servicios profesionales emergentes, suministros de medicamentos e insumos necesarios en los casos de emergencia, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin exigir requisitos o compromiso económico previo.

El Estado también sancionara a aquellos quienes vulneren o violen los derechos de las personas adultas mayores, es así que el Código Integral Penal, 2021 establece en sus artículos:

Art. 153.- Abandono de persona. La persona que abandone a personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes

adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

Ecuador cuenta con otros instrumentos normativos que regulan la prestación de servicios. Los acuerdos ministeriales permiten que las instituciones del Estado se coordinen para gestionar los servicios que serán entregados a la ciudadanía de manera óptima. Los decretos son actos administrativos que buscan normar de manera provisoria las acciones del Gobierno. Las agendas y códigos son instrumentos de política pública para la planificación de acciones y proyectos específicos, bajo la prestación de estos recursos y su cumplimiento el estado busca garantizar que los ecuatorianos gocen de la plenitud de los mismos, mejoren su calidad de vida, tengan mayores oportunidades de desarrollo y progreso, bajo ningún concepto sean impedidos de hacer uso de sus derechos (Valdivia, 2020).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

Cuantitativo

El presente estudio hace uso de este enfoque debido a que se va a medir el porcentaje de las diferentes escalas aplicadas en la población adulta mayor con la información obtenida durante el periodo que comprende octubre 2023 – febrero 2024.

Las técnicas de investigación cuantitativas buscan medir y graduar los fenómenos y su intensidad, además persiguen la generalización de los resultados a todo un universo a partir de una muestra pequeña que esté dentro de unos márgenes de confianza y error previamente fijados (Neill & Suárez, 2018).

3.2 Nivel

Descriptivo

Se dará a conocer el estado de salud que presenta la población adulta mayor a ser estudiada, así mismo se realizará con un enfoque transversal donde se medirá en un lugar, momento y tiempo determinado, logrando obtener un resultado único y definitivo de la aplicación de las esferas de Valoración Geriátrica Integral.

“El tipo de investigación que tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (Martínez, 2018) citado en (Alban, Arguello, & Molina, 2020).

3.3 Tipo

Campo

Se aplica este tipo de investigación, por lo que se realizarán visitas domiciliarias a los adultos mayores que participen de la investigación, para así lograr la obtención de datos y la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral.

“En la que los datos se recolectan o provienen directamente de los sujetos investigados o de la realidad en la que ocurren los hechos” (Cajal, 2020)

3.4 Diseño

No experimental

En la investigación solo se observará los acontecimientos, situaciones o problemas específicos de cada adulto mayor durante el periodo antes mencionado.

Las investigaciones no experimentales son aquellas en las cuales el investigador no tiene el control sobre la variable independiente, señala que en ellas el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo (Neill & Suárez, 2018).

3.5 Población y muestra

Es una muestra probabilística ya que todos los individuos tienen la posibilidad de ser elegidos. Se realizó la aplicación de la fórmula estadística para calcular la muestra con su respectivo porcentaje de confianza y de error. Siendo un total de la población 101 adultos mayores que al aplicar la fórmula con una confiabilidad del 99% y de error del 6% obtuvimos

una muestra de 84 adultos mayores. Es así que se obtuvo la muestra de quienes formaron parte de la investigación.

De esta manera se aplicó las Escalas a 84 Adultos Mayores entre hombres y mujeres del Barrio la Primavera-Ibarra, para lo cual se contó con la firma de autorización de la presidenta del Barrio y su acompañamiento. Con los usuarios se trabajó mediante la participación libre y voluntaria misma que consto de un acta de consentimiento informado y firmada por el adulto mayor o su representante legal, para proceder con la Valoración Geriátrica Integral dividida en cuatro esferas. Las entrevistas se realizaron a domicilio, las cuales consistieron en recorrer el Barrio por calles que previamente fueron informadas por la presidenta por medio de un altoparlante.

3.6 Técnicas e instrumentos de investigación

Los instrumentos usados para el trabajo de investigación están validados internacionalmente por lo que su validez y confiabilidad es segura para el trabajo investigativo y no genera sesgos en los datos obtenidos por medio de ellos.

La técnica e instrumentos a utilizar será la valoración geriátrica integral donde se evaluará cuatro esferas con las que se podrá saber en qué condiciones se encuentra el adulto mayor.

Para evaluar cada esfera se utilizará como instrumentos las siguientes escalas:

Clínica:

KICA_COG: Ficha Clínica: Es un instrumento principal que consiste en una historia

clínica con la que podremos obtener información mediante una entrevista, anamnesis o un examen físico realizado a los adultos mayores.

Funcional:

Escala de SARCO-GS: Novedosa escala para detectar sarcopenia, la cual es la pérdida involuntaria de masa muscular.

La escala SARCO-GS, una herramienta que está simplificando la detección de la sarcopenia, una condición que puede tener consecuencias significativas. Esta afección, caracterizada por la disminución progresiva de la musculatura y la fuerza en personas mayores, ha sido subdiagnosticada en todo el mundo. Esta no debe subestimarse, ya que está relacionada con problemas como caídas y discapacidad (Instituto Nacional de Geriátría, 2023).

Escala de la Cruz Roja: Escala desarrollada para evaluar los grados de incapacidad física, caracterizada por evaluar 6 categorías de 0 a 5, siendo 0 el nivel normal y 5 el máximo nivel de incapacidad.

Elaborada por el Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (1972), esta escala de valoración es utilizada principalmente en el ámbito de los ingresos residenciales. Recoge dos grupos de actividades (la marcha y los actos de la vida diaria), la función corporal de la continencia y la necesidad de cuidados de enfermería. La escala gradúa la puntuación en seis niveles, de cero a cinco. El valor cero (0) representa una situación de independencia y el valor cinco (5) una situación de dependencia máxima (Rodríguez, Crego, & Díaz, 2018).

Mental:

Para cognitivo: KICA-COG: Escala utilizada para detectar deterioro cognitivo en personas que viven en áreas rurales y remotas.

Para afectiva: Yesavage: Ayuda a definir trastornos como es la depresión y es útil para guiar la valoración del estado de salud mental del individuo.

Esta evaluación se aplica a pacientes ancianos y se enfoca, antes que, en malestares físicos, al estado de ánimo. En su versión abreviada consta de 15 preguntas (en la completa 30) que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos. Hay que tomar en cuenta que es un instrumento de apoyo, ya que si se realiza solo podría dar resultados positivos cuando no hay depresión, por lo que se recomienda utilizarlo en conjunción con otros datos (Pérez, 2018).

Social:

Escala de Gijón: Escala que detecta situaciones de riesgo y valora la parte socio familiar lo cual se considera un factor protector fundamental.

La Escala de valoración sociofamiliar 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 hetero administrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems (CEISAL, 2021).

3.7 Validación de instrumentos

Para el trabajo de investigación se aplicará la valoración geriátrica integral, misma que abarca 4 esferas del desarrollo del adulto mayor.

KICA_COG: Ficha Clínica: La Evaluación Cognitiva Indígena de Kimberley (KICA) se desarrolló con organizaciones indígenas de salud y atención a personas mayores y comprende secciones cognitiva, informante y funcional. El KICA-Cog fue probado en 70 sujetos indígenas, de diversas capacidades cognitivas y diagnósticos, mayores de 45 años.

Los sujetos fueron entrevistados utilizando el KICA-Cog y luego evaluados de forma independiente por evaluadores clínicos expertos utilizando los criterios DSM-IV y ICD-10. Se determinó la confiabilidad interna y entre evaluadores (LoGiudice et al., 2018).

Escala de SARCO-GS: El desarrollo de SARCO-GS fue un proceso meticuloso y colaborativo en el cual participo el Dr. Armando Luna López, investigador del INGER.

Después de revisar exhaustivamente la literatura científica y analizar las mejores prácticas, los expertos crearon una versión preliminar de la escala. Esta versión fue sometida a evaluación y ajustes continuos, asegurando que cada pregunta fuera clara y comprensible para las personas mayores. Finalmente, después de un proceso de validación y pruebas en un grupo piloto, SARCO-GS emergió como una herramienta confiable y efectiva (Carrasco, Guzmán, García, & López, 2023).

Escala de la Cruz Roja: Creada en el Servicio de Geriátrica del Hospital Central de La Cruz Roja de Madrid por los médicos Francisco Guillén Llera, Salgado Alba y equipo, publicada por primera vez en 1972. Es probablemente la más ampliamente utilizada en nuestro entorno (Rodríguez, Crego, & Díaz, 2018).

Escala de Yesavage: Fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95) y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad (Aguilar, Cantú, Ávila, & García, 2018).

Escala de Gijón: Emergió en 1993 como un instrumento crucial en la evaluación geriátrica, proporcionando una visión integral que abarca no solo la salud física y mental, sino también los aspectos ambientales y sociales que influyen en la calidad de vida de los pacientes.

La autora principal de esta escala fue por Elena Díaz Palacios, una trabajadora social de un centro de salud en Gijón quien publicó una propuesta de escala de valoración social en la Revista de Trabajo Social y Salud (Riba, 2023).

3.8 Viabilidad Bioética

La presente investigación se efectuar en base a los principios que se describen a continuación:

Principio de Beneficencia: este principio se aplica con el fin de prevenir el daño, la vulneración o la violación de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando la calidad de vida en beneficio. Además, que este principio ayuda a personas con discapacidad y personas en peligro.

Principio de autonomía: basado principalmente en el respeto por la autonomía de las

personas, además de garantizar su participación en diferentes ámbitos de desarrollo, dar a conocer sus puntos de vista, elegir y tener sus propias creencias.

3.9 Presupuesto de estudio

En este apartado se detallarán las inversiones realizadas para la realización del proyecto de investigación.

Tabla 3

Presupuesto

RUBRO	VALOR
Materiales y suministros	100
Material bibliográfico	60
Transporte y Alimentación	150
Licencias de software	50
Imprevistos	100
Asesoría externa	100
Inversión	560

3.10 Cronograma de actividades

A continuación, se detallan todas las actividades que se van a realizar y el tiempo estimado en el cual se van a llevar a cabo.

Tabla 4**Cronograma**

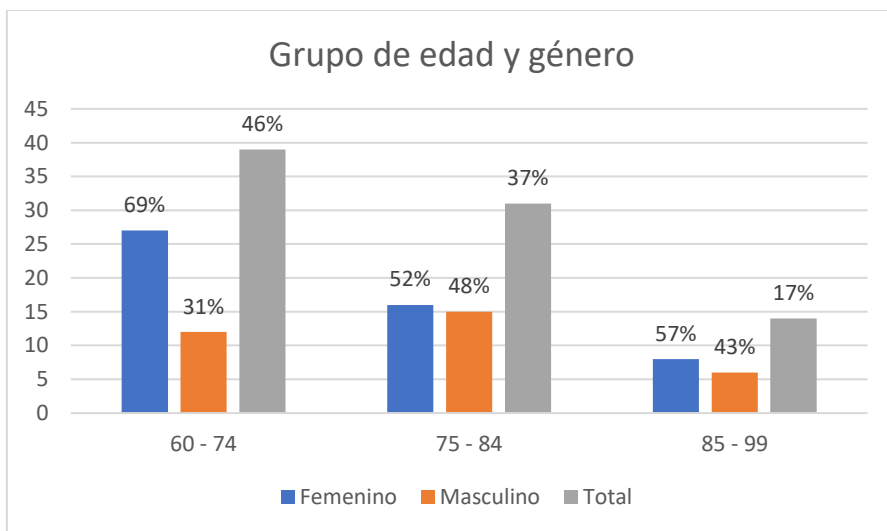
Actividades	Meses																							
	Oct.				Nov				Dic				Ene				Feb				Mar			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Iniciar con revisión bibliográfica	■	■	■	■																				
Elaboración del anteproyecto					■	■	■	■																
Selección de los instrumentos VGI									■	■	■	■												
Visita al Barrio												■												
Aplicación de instrumentos de VGI													■	■										
Tabulación y Análisis de datos															■									
Elaboración del borrador final																■								
Elaboración del trabajo final																	■	■						
Defensa																					■			

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro del barrio La Primavera la población que comprende la edad adulta mayor es de 101 ciudadanos, y al aplicar el respectivo cálculo del tamaño de la muestra, se determina que se debe aplicar una valoración geriátrica integral a un total de 84 adultos mayores.

Gráfico 1

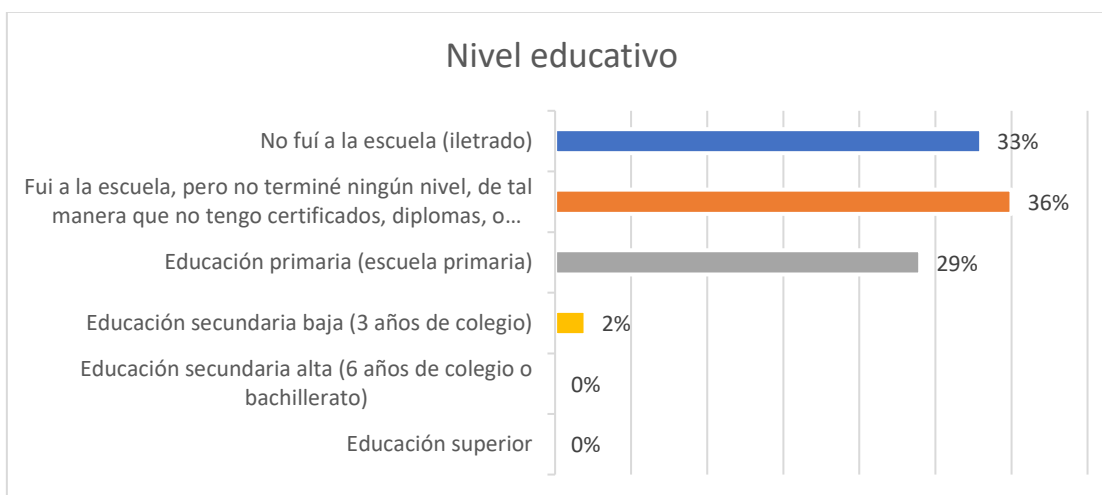
Edad población adulta mayor y género



Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que la población adulta mayor del barrio La Primavera en su mayoría, el 46%, se considera como adultos mayores jóvenes que tienen entre 60 a 74 años de edad. Otro grupo representativo con los adultos mayores, que lo conforma el 37% de la población evaluada, y estos presentan una edad entre los 75 a los 84 años; por último, el 17% representa a los adultos mayores muy viejos, que se limitan a la edad de 85 hasta los 99 años. Referente a las personas que cumplen más de 100 años, siendo centenarios o supra centenarios desde los 106, no se encontró ninguna, adicional por cada grupo etario acorde a la edad se han dividido en masculino y femenino.

Gráfico 2

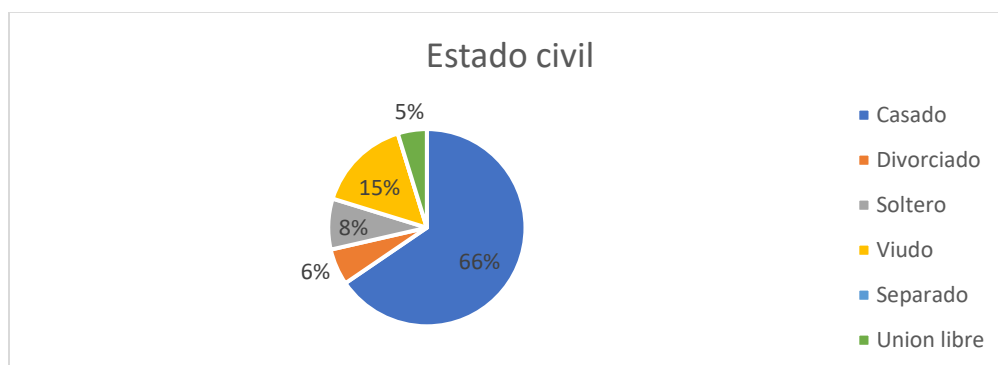
Nivel de educación alcanzado



La minoría de personas adultas mayores evaluadas, que son el 37% y comprenden 31 personas, no pueden leer ni escribir, mientras que son 53 las que sí tienen esta habilidad. Quienes no pueden leer ni escribir lo comprende el 33% y son personas que no fueron a la escuela; mientras que quienes sí pueden leer y escribir mencionan que el 36% fue a la escuela, pero no terminaron ningún nivel, el 29% terminó la escuela primaria y el 2% si tuvo una educación superior baja. Dentro del barrio La Primavera no se cuentan con personas adultas mayores que hayan tenido una educación superior a la secundaria alta o los 6 años de colegio.

Gráfico 3

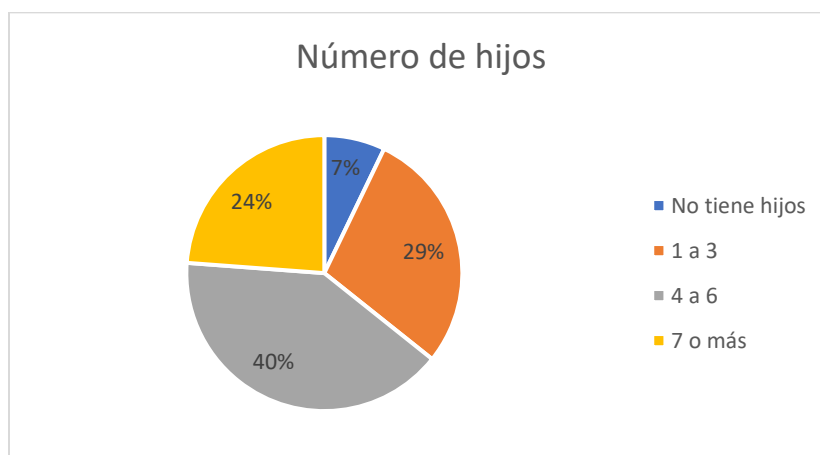
Estado civil



El estado civil que mayormente se presencia es el de casado, siendo un 66%; a este grupo le sigue el 15% que con las personas viudas. También se menciona que el 8% se mantienen solteros, el 6% son divorciados y el 5% se encuentran en unión libre.

Gráfico 4

Número de hijos vivos

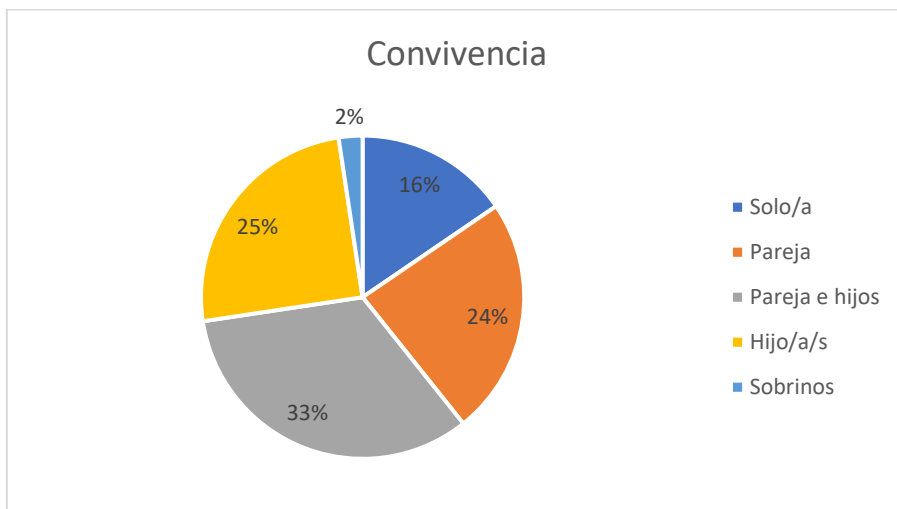


De las 84 personas adultas mayores evaluadas, solo el 7%, que son 6 personas, no tienen hijos. El 29% menciona tener entre uno a tres hijos vivos; el grupo más grande, con un 40%

aluden tener entre cuatro a seis hijos; por último, se encuentran quienes hay tenido desde 7 hijos o más y representan el 24%.

Gráfico 5

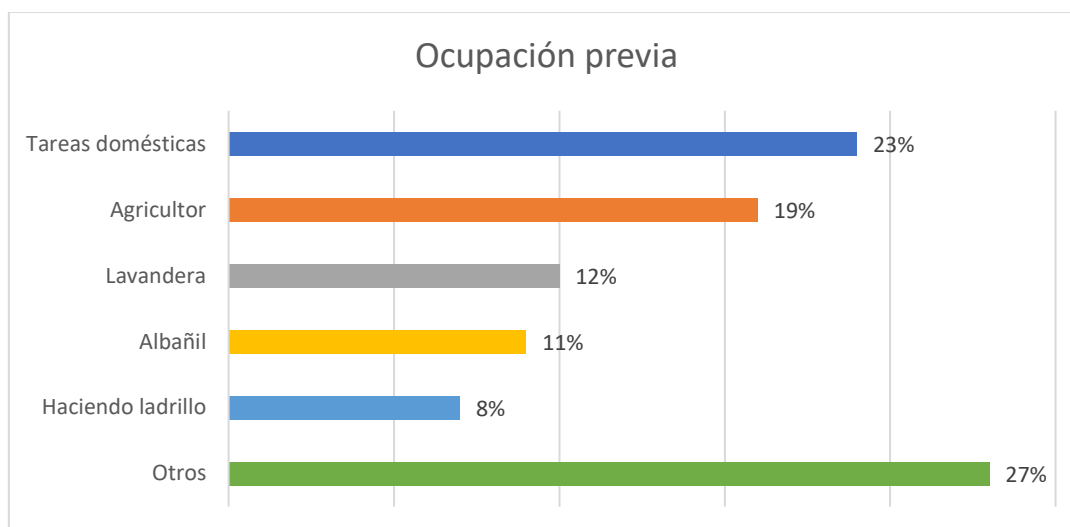
Convivencia en hogar



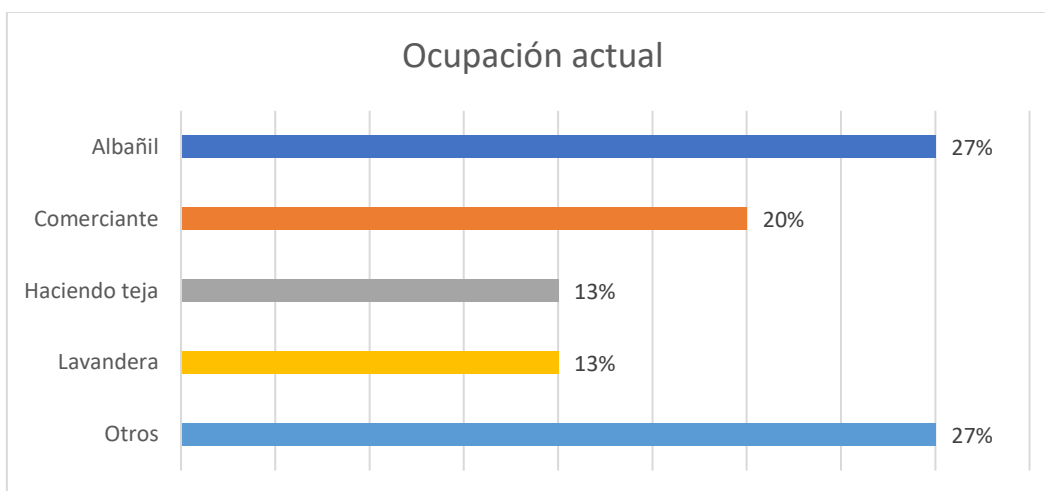
Son muy pocas las personas adultas mayores que viven con otras personas como los sobrinos en el barrio La Primavera, siendo solo un 2%; quienes viven solos representan el 16%, el 24% se aplica a quienes viven solo con su pareja, el 25% es de quienes viven con sus hijos y por último y grupo mayoritario se consideran a quienes viven con la pareja e hijos, siendo este un 33%.

Gráfico 6.

Ocupación previa del adulto mayor



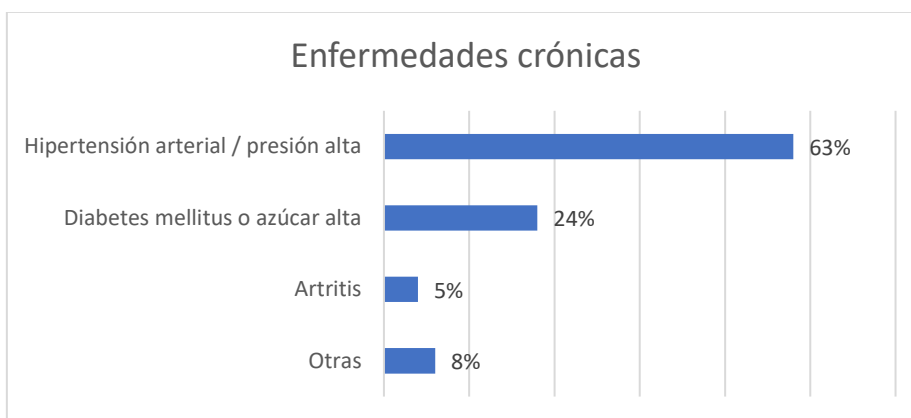
Son diversas las ocupaciones en las que se desarrollaban anteriormente las personas adultas mayores del barrio La Primavera. La actividad que más desarrollaban es la de tareas domésticas, con un 23%; a esta le sigue el 19% de profesión agricultor. Las lavanderas, albañiles y quienes se dedicaban a realizar ladrillo presentan un 12%, 11% y 8% respectivamente. Tanto los comerciantes como las personas que hacían tejas son un 7% cada uno, mientras que los jornaleros y los carpinteros son el 5% y 2% respectivamente. Como último se mencionan las profesiones de empleado particular, zapatero, electricista, conserje y chofer que suman un 1% cada uno en referencia al trabajo que realizaban anteriormente.

Gráfico 7**Ocupación actual del adulto mayor**

De las 84 personas adultas mayores evaluadas, solo el 18%, que son 15 personas, mencionan que aún se mantienen trabajando, y de este grupo la mayoría, el 27% son albañiles; 20% son comerciantes, tanto para lavandera como quienes realizan teja trabajan 13% en cada ocupación, y por último un 7% por cada una de las siguientes profesiones de electricista, carpintero, agricultor y realización de tareas domésticas.

Gráfico 8

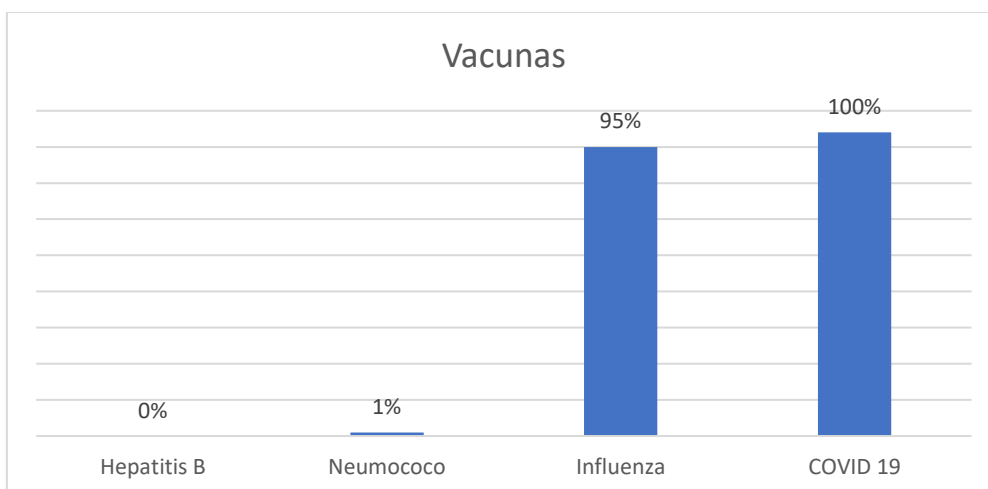
Clasificación de enfermedades crónicas



Respecto al tema de enfermedades, es importante mencionar que el 56%, que son 48 personas, no presentan enfermedades; mientras que son 36 las personas que sí presentan diversas patologías. Dentro del grupo que, si presentan enfermedades, es importante mencionar que el 63% presenta hipertensión arterial, el 24% diabetes mellitus, el 5% artritis y tanto la enfermedad de Parkinson, los dolores de extremidades y nervios son el 2.66% cada uno.

Gráfico 9

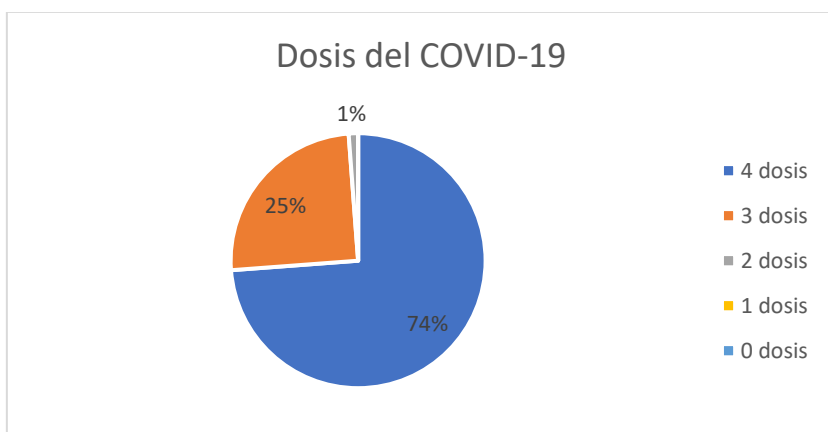
Vacunas colocadas



El contagio de COVID dentro del barrio La Primavera afectó al 26%, pero ningún adulto mayor se hospitalizó por esta causa. Toda la población con la que se trabajó se encuentra vacunada contra el COVID 19, mientras que 80 personas, que es el 95%, se encuentra protegida contra la influenza; con respecto al neumococo solo el 1%, que es una persona, tiene la vacuna y nadie tiene la vacuna contra la Hepatitis B.

Gráfico 10

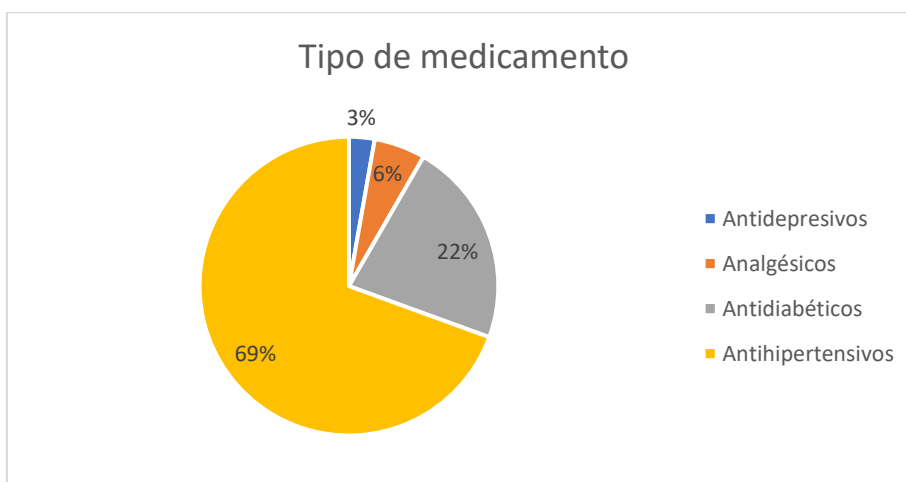
Dosis de la vacuna del COVID-19



Al presentar una población donde todos se encuentran vacunados contra el COVID-19, se conoce que el 74% se ha aplicado las 4 dosis, el 25% las 3 dosis y el 1% solo 2 dosis.

Gráfico 11

Medicamentos que consumen

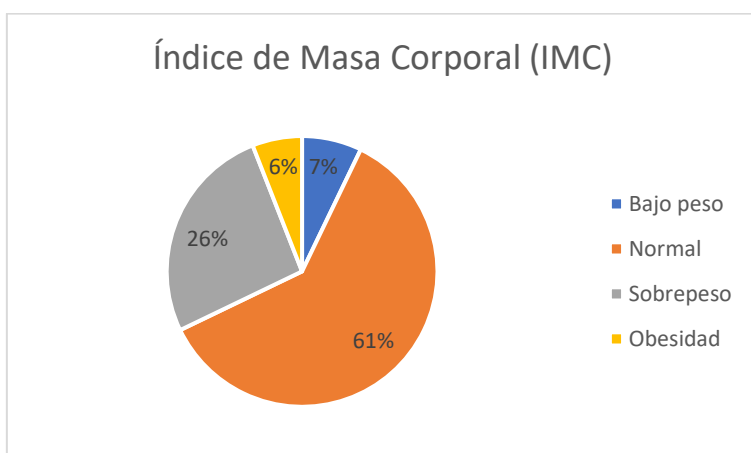


Dentro del consumo de medicamentos se conoce que el 60%, que son 50 personas

adultas, no toman ningún tipo de medicamento, mientras que el 40% si lo hace y de las 34 personas que, si toman medicamentos, ninguno toma más de 2. Dentro del grupo que sí toma medicamentos, el 69% toman antihipertensivos, el 22% antidiabéticos, el 6% analgésicos y el 3% antidepresivos.

Gráfico 12.

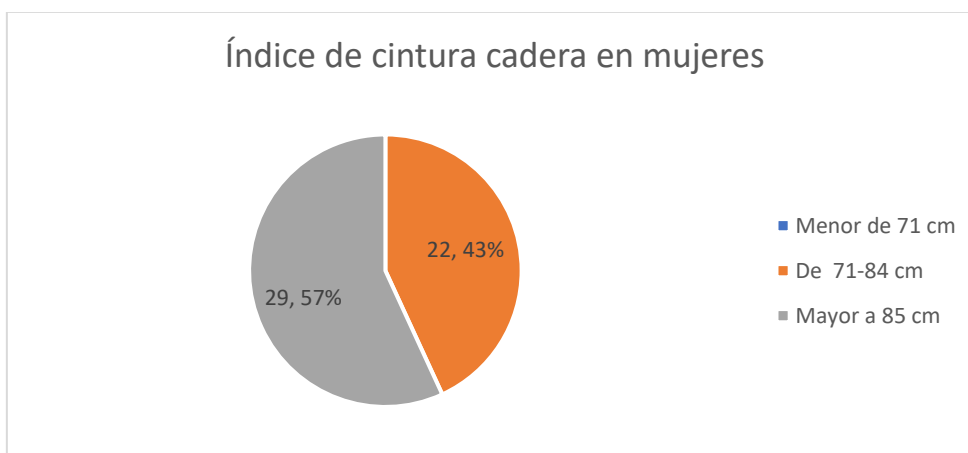
Índice de Masa Corporal en personas adultas mayores



Dentro de las medidas antropométricas consta el cálculo del Índice de Masa Corporal, el cual se realiza con ayuda del peso y talla de un individuo, y según el resultado se dividen en grupos. La mayoría de la población, que son el 61%, se encuentra en un estado normal; a esto le sigue el 26% que presentan un sobrepeso y el 6% con obesidad. Quienes presentan bajo peso son el 7% de la población evaluada.

Gráfico 13

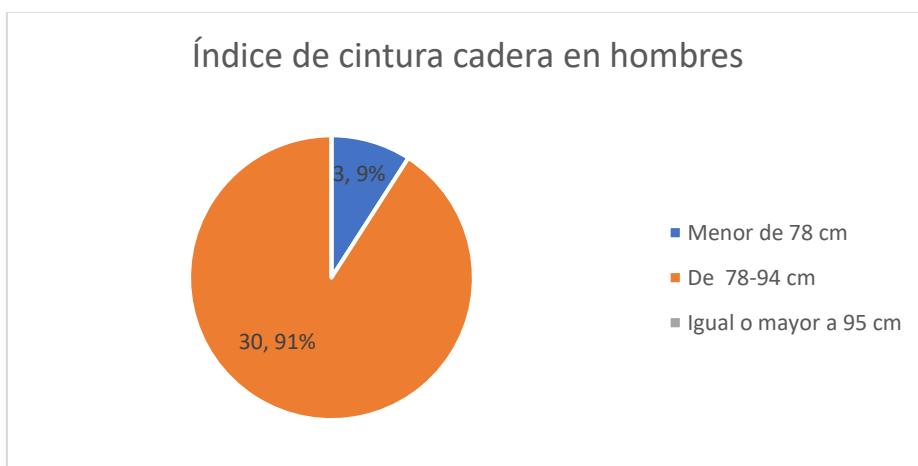
Índice de cintura – cadera en mujeres adultas mayores



Al tener 51 mujeres dentro de la investigación, se conoce que el 57%, que son 29 mujeres, tienen una circunferencia abdominal y de cadera mayor a 85 centímetros; mientras que las 22 personas o el 43% presentan un índice de cintura cadera entre los 71 a 84 centímetros. Ninguna mujer presenta una circunferencia abdominal y de cadera menor a 71 centímetros.

Gráfico 14

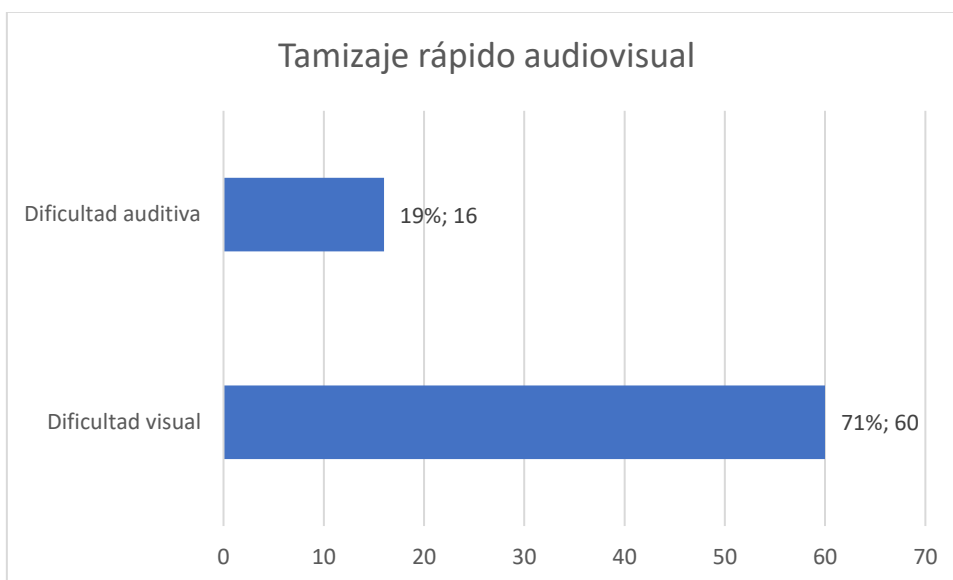
Índice de cintura – cadera en hombres adultos mayores



La población adulta mayor dentro de la investigación la conforman 33 personas, de las cuales 3, o el 9% tienen una circunferencia abdominal y de cadera menor de 78 centímetros; y el 91%, que son 30 hombres, presentan un índice de cintura cadera entre los 78 a los 94 centímetros. Ningún adulto mayor masculino presenta una circunferencia que supere los 94 centímetros.

Gráfico 15

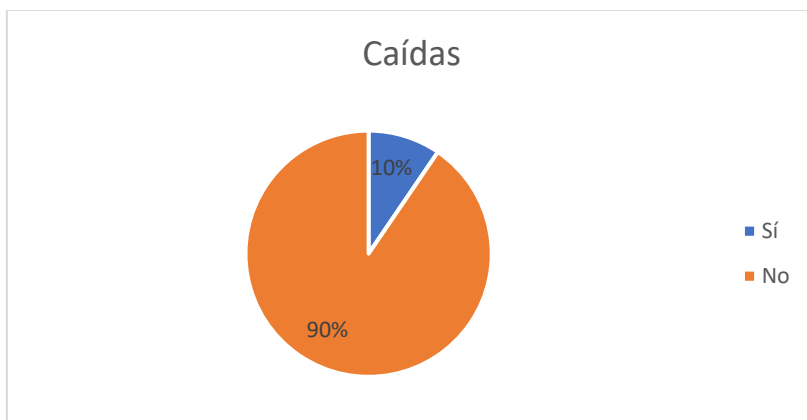
Tamizaje rápido de dificultad visual y auditiva



Al aplicar un tamizaje rápido sobre las dificultades audiovisuales, se conoce que dentro de las 84 personas adultas mayores evaluadas el 71%, que son 60 individuos, presentan dificultad visual; solo el 19% de la población, que son 16 personas, presentan dificultades auditivas.

Gráfico 16

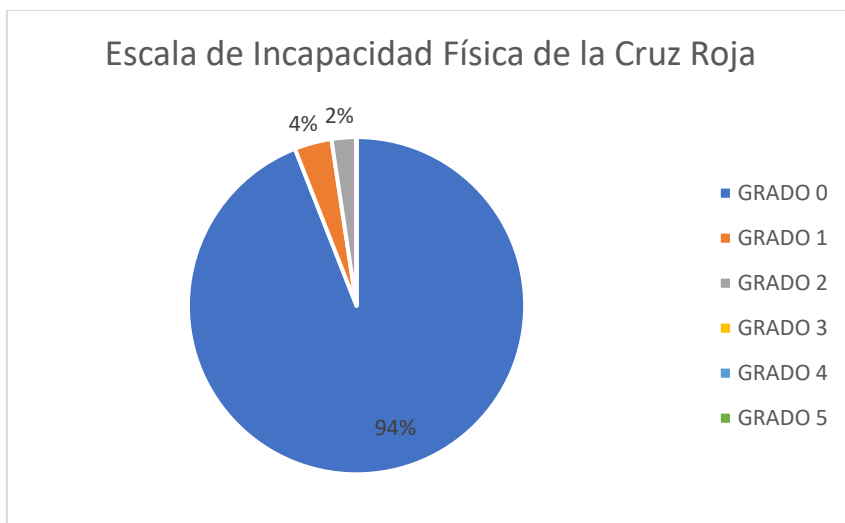
Caídas en el último año



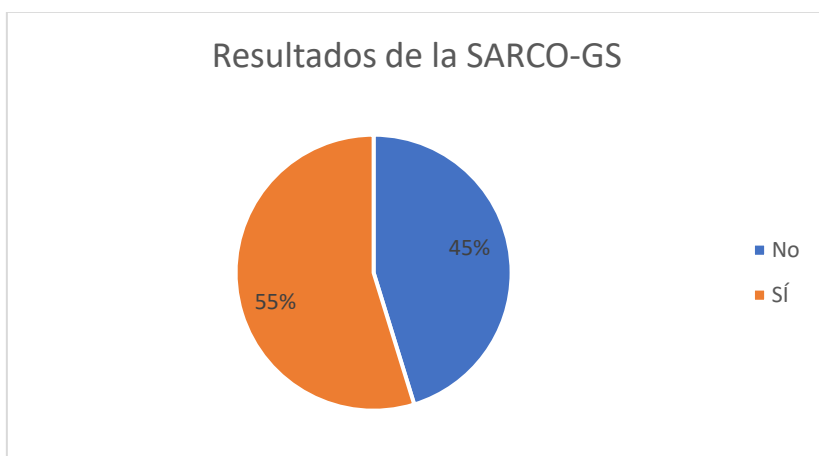
Las caídas han afectado al 10% de la población investigada, que son 8 personas adultas mayores; la mayoría que son 76 y equivalen al 90% no han presentado ninguna caída en el último año.

Gráfico 17

Resultados de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja



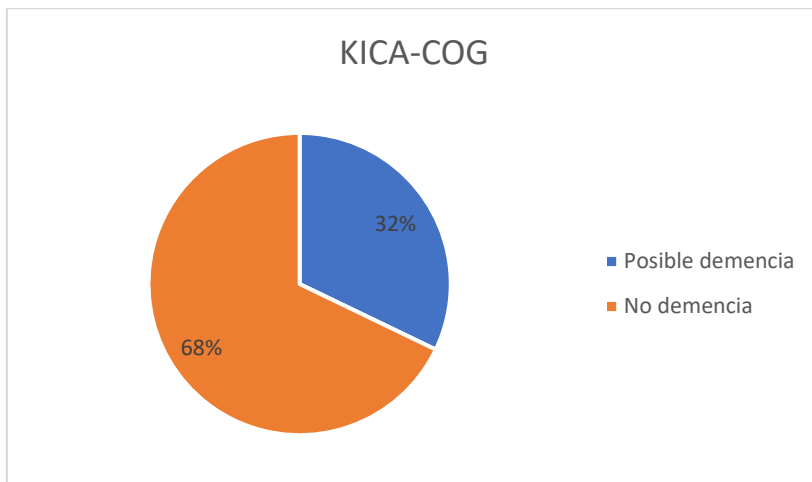
Dentro de la esfera funcional se aplicó la escala de incapacidad física de la Cruz Roja, donde se observa que la población perteneciente al barrio La Primavera no presentan una dependencia total, ya que no se presentaron personas con Grado 3 en adelante. La mayoría de la población, que es el 94%, se encuentra en el Grado 0, en este se visualiza una independencia total. En el Grado 1, que es el 4%, se encuentran aquellas personas adultas mayores que si realizan sus actividades de la vida diaria como baño diario, uso del baño, comer, vestirse, arreglarse, micción, deambular, trasladarse, subir, bajar escalones y se acompaña de una continencia total, pero presenta una dificultad en la deambulación. En el grado 2, que es el 2%, ya se presenta una dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, razón por la cual necesita ayuda y a esto se le suma que su deambulación la realiza con ayuda de bastón o similar y puede llegar a presentar una continencia total o rara incontinencia.

Gráfico 18**Resultados de SARCO-GS**

Referente a la misma esfera funcional, se aplicó la escala SARCO-GS, que es una herramienta para detectar sarcopenia, y se concluye que la mayoría de personas adultas mayores del barrio La Primavera que son el 55% si presentan sarcopenia, mientras que el 45% no presenta esta enfermedad.

Gráfico 19

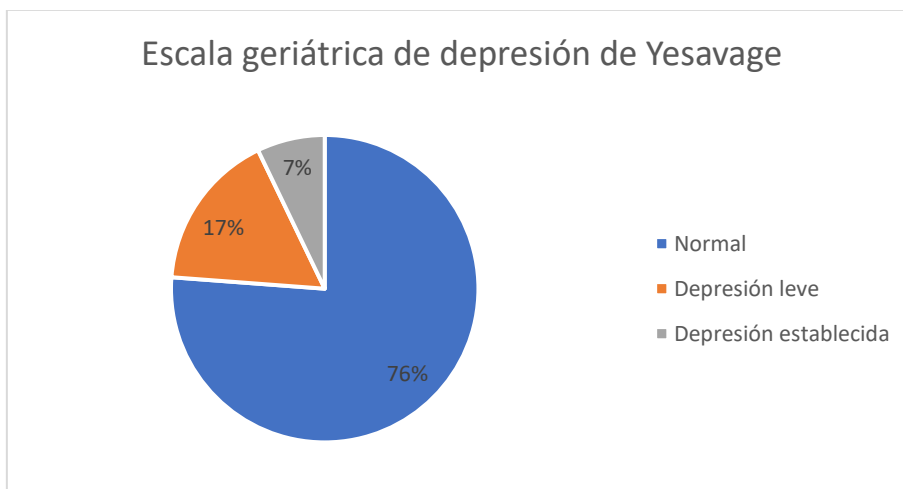
Resultados de KICA-COG



Al evaluar la esfera mental, referente a la parte cognitiva, se aplicó el test de KICA-COG, el cual marca que el 68% de la población investigada no presenta demencia; mientras que es posible que el 32% presente una demencia.

Gráfico 20

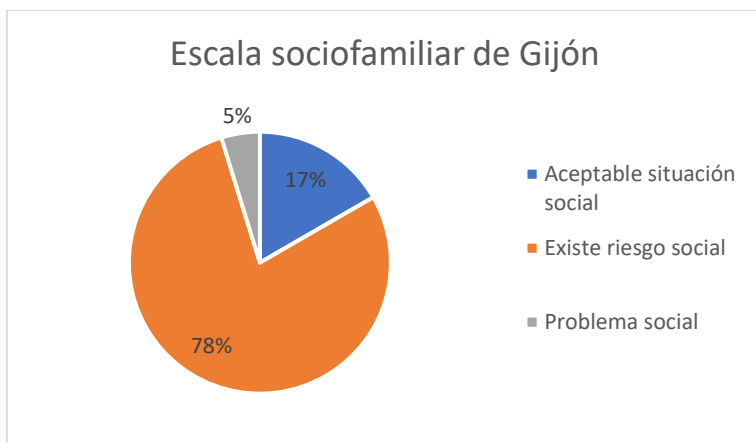
Resultados de la escala geriátrica de depresión de Yesavage



En la esfera mental también se evalúa la parte afectiva, por lo que es necesario la aplicación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage que nos ayuda a conocer la existencia de depresión en la población adulta mayor. Dentro de la investigación se concluye que el 76% no presenta depresión, el 17% manifiesta una depresión leve y el 7% ya tienen una depresión establecida.

Gráfico 21

Resultados de la escala sociofamiliar de Gijón



La última esfera comprende lo social, razón por la cual se aplicó la escala sociofamiliar de Gijón, en la cual se midió que el 17% de la población se encuentra en una situación social aceptable, el 78% presenta una posibilidad de riesgo social y el 5% ya manifiestan un problema social.

4.1 Análisis de datos

De los datos obtenidos en la investigación se hicieron hallazgos importantes en referencia a la edad generacional de los adultos mayores, genero, nivel educativo, estado civil, convivencia, ocupación, enfermedades crónicas, etc.

Entre los datos más relevantes encontramos que la población adulta mayor del Barrio “La Primavera”, se encuentran en su mayoría en una edad de 60 a 74 años de edad, pertenecen al género masculino, alcanzaron la escolaridad hasta los primeros años de Educación sin llegar a culminarla, un gran numero son de estado civil casado, por lo que conviven con sus cónyuges e hijos, un número mínimo aun realiza actividades laborales, como la albañilería.

En lo referente a enfermedades crónicas en su totalidad las padecen, pero un numero alto de adultos mayores tiene el diagnostico de hipertensión arterial, por lo cual toman medicamentos bajo prescripción médica, la población en su totalidad esta vacunada contra el Covid-19 teniendo entre 3 y 4 dosis máximo, han sido inmunizados contra la influenza y neumococo, sin embargo, no han sido vacunados para la Hepatitis B.

Al evaluar el estado físico de los adultos mayores se ha tomado en cuenta el índice de masa corporal encontrándose en un peso normal y sobrepeso entre los valores más relevantes, existe la presencia de dificultades audio visuales, siendo el deterioro visual el predominante, a estas complicaciones propias de la edad se atribuye como consecuencias caídas mismas que no son un dato relevante en la población.

Con la aplicación de la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja se determinó que los adultos mayores en su mayoría son independientes, es decir pueden realizar las actividades de la

vida diaria, en la aplicación de la escala SARCO-GS, existe la presencia de sarcopenia, en el ámbito cognitivo se encontró con la aplicación del test de KIKI-COG que no existe demencia, pero si hay una tendencia a padecerla, no existe depresión esto se determinó mediante la aplicación de la Escala de Yesavage y mediante la valoración de Gijón se determinó la existencia de riesgo social.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La investigación documentada en las diferentes esferas de la valoración geriátrica integral proporciona una base teórica sólida para comprender el estado de salud de las personas adultas mayores del Barrio La Primavera así mismo nos ayuda a diseñar intervenciones efectivas que aborden sus necesidades específicas en todas las dimensiones de su bienestar.

Se realiza la aplicación exitosa de los test correspondientes de la valoración geriátrica integral a los adultos mayores de El barrio La Primavera para poder conocer su estado de salud actual.

Se realiza un análisis con los resultados obtenidos lo que permite generar datos confiables y actuales que reflejen la realidad del grupo de adultos mayores en estudio.

En la esfera clínica se encontró la presencia de enfermedades, las más comunes hipertensión arterial, diabetes, por lo que usan medicación bajo prescripción médica.

En la esfera funcional se concluye que la mayoría de los usuarios son totalmente independientes, entendiéndose que algunos aún se dedican a las tareas domésticas y agrícolas.

Para la esfera mental, en la parte cognitiva, sus resultados mostraron que la mayoría de la población no presentan demencia, pero cerca del 32% tiene una probabilidad de padecerla y en la esfera afectiva, se concluye que la mayoría no presenta depresión, pero si se observa la existencia de esta enfermedad en una porción pequeña de la población.

En la esfera social se concluye que la mitad de los usuarios se encuentran en riesgo, asociado al abandono, soledad, aislamiento social, pérdida de familiares y enfermedad.

5.2 Recomendaciones

Las autoridades barriales y representantes del grupo de adultos mayores conjuntamente con el MIES trabajen en la creación de un grupo de atención dirigido a mantener y mejorar el estado de salud de los adultos mayores mediante capacitaciones y charlas donde se aborden temas como la alimentación saludable, actividad física adecuada entre otros.

Crear rutinas de actividad física las cuales permitan mantener, mejorar y fortalecer la musculatura y resistencia de los adultos mayores. Esto logrará obtener una mejor funcionalidad y evitará la dependencia de esta población. Los estudios muestran que la actividad física recomendada en esta población es de 150 minutos semanales y podría variar según las necesidades del adulto mayor.

Recomendar un plan nutricional que permita mejorar el estado de salud del adulto mayor mediante la alimentación adecuada ya que el sobre peso y la obesidad son factores que afectan el estado de salud del adulto mayor, tomando en cuenta los alimentos que son accesibles para la población estudiada.

REFERENCIAS

- Aguilar, S. G., Cantú, A. F., Ávila, J. A., & García, E. J. (2018). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Publica Mex.*
- Alania, A. R. (2020). Uso de servicios de salud por los adultos mayores en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. *Gaceta Científica*, 11.
- Alban, G. P., Arguello, A. E., & Molina, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigacion y el Conocimiento* , 11.
- Andagana, M. M., Néjer, m. A., Lata, B. J., & Hugo, B. d. (2022). Factores que inciden en el envejecimiento digno de los adultos mayores de la parroquia Santa Rosa–Ambato. *Conciencia Digital*, 20.
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., . . . Torres, E. (2022). *ENVEJECER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Aranda, R. M. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13.
- Berghe, C. W. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio*, 5.
- Boyzo, B. L., & Felegrino, V. E. (2021). EXPLORACIÓN DEL SIGNIFICADO DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* , 23.
- Cajal, A. (2020). Investigación de campo: características, diseño, técnicas, ejemplos. *Lifeder*. Obtenido de Lifeder.
- Carrasco, O. R., Guzmán, I. O., García, A. I., & López, A. L. (2023). Desarrollo y validación de una Escala Geriátrica de Sarcopenia (SARCO-GS): una nueva escala corta para el cribado de sarcopenia. *Frontiers in Endocrinology*.
- Carvajal, G. R., & Jáuregui, R. M. (2022). Consideraciones sobre el concepto «salud»: Una propuesta cubana. *Revista Científica Villa Clara*, 9.
- CEISAL. (9 de Junio de 2021). *CEISAL* . Obtenido de CEISAL: <https://ceisal.com/blog/2021/06/09/valoracion-geriatrica-integral/>

- Cisneros, P. H., Ruiz, L. E., Carrasco, R. G., & Aguirre, S. I. (2023). Intervención de salud en adultos mayores de un área rural. *Revista Cubana de Medicina Militar* , 7.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018). *Definiciones de Salud*. Mexico: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Córdova, L. Á., Artacho, R., Arteaga, C., Pérez, D. F., Nieto, V. S., & López, M. D. (2021). Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal de Ecuador. *NutriCión Hospitalaria*, 13.
- Cuellar, F. M., & Montenegro, E. P. (2012). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. En E. P. CUELLAR, *Geriatría y Gerontología* (pág. 646). Bolivia: La Hoguera Investigacion.
- Fernández, G. M., Nina, D. A., Djibeyan, P. D., & Cepeda, O. A. (2021). El costo de la salud en adultos mayores: Un estudio descriptivo y retrospectivo en Ecuador. *SCIELO*, 8.
- Guillén, M. Á., & Chávez, H. M. (2018). Capítulo 3: Fisiología del envejecimiento. En *Práctica de la Geriatria*.
- Hernández., M. S. (2018). *CALIDAD DE VIDA E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN*. España: Universidad de La Laguna.
- Herrera, A. A. (11 de Agosto de 2020). *PROBIOMED*. Obtenido de PROBIOMED: <https://www.probiomed.com.mx/enfermedades-comunes-en-adultos-mayores/>
- Herrera, R. R., & Rubio, L. R. (2018). El envejecimiento con éxito en el adulto mayor. Algunos indicadores europeos . En M. A. Osorio, *La salud de los adultos mayores: una visión compartida* (pág. 319). Washington, D.C: Organizacion Panamerica de Salud .
- Instituto Nacional de Geriatria. (14 de Agosto de 2023). *Gobierno de Mexico*. Obtenido de Gobierno de Mexico: <https://www.gob.mx/inger/articulos/sarco-gs-una-herramienta-efectiva-para-detectar-sarcopenia#:~:text=Conoce%20la%20escala%20SARCO%20DGS,detectar%20sarcopenia%20en%20entornos%20cl%C3%ADnicos.&text=En%20esta%20ocasi%C3%B3n%2C%20les%20presentamos,que%20puede>
- Landazábal, O. S., & Pertuz, M. S. (2018). *Envejecimiento y vejez Vision interdisciplinaria desde la Funcionalidad*. Barranquilla.
- Larraín, P. P. (2021). Envejecimiento Saludable. *Programa de Geriatria y Gerontología Facultad de Medicina P.U.C*, 11.

- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.* (2019). Quito.
- LoGiudice, D., Smith, K., Thomas, J., Lautenschlager, N., Almeida, O., Atkinson, D., & Parpadeo, L. (2018). Herramienta de evaluación cognitiva indígena de Kimberley (KICA): desarrollo de una herramienta de evaluación cognitiva para australianos indígenas mayores. *Psicogeriatría Internacional*.
- Machado, J. (19 de Septiembre de 2021). Un 60% de adultos mayores vive en situación de vulnerabilidad en Ecuador. *Primicias*, pág. 1.
- Martínez, D., Martínez, A., Sánchez, M., & Ramos, S. (2018). IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL PROPÓSITO DE UN CASO . *Investigación y Desarrollo*, 7.
- Martinez, N. L. (2020). Desempeño En Funciones Ejecutivas De Adultos Mayores: Relación Con Su Autonomía Y Calidad De Vida. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 8.
- Mendoza Núñez, V. M. (S/A). Envejecimiento y vejez.
- Ministerio de Salud Pública . (2018). *LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR* . Quito- Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Educación y comunicación para la promoción de la salud*. Quito- Ecuador: Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Ministerio de Salud-Chile. (2019). *ACTUALIZACIÓN MANUAL DE GERIATRÍA PARA MÉDICOS 2019*. Chile.
- Miranda, J. G. (2018). El significado de la vejez. *Dialnet*, 27.
- Miranda, J. G. (2018). *Envejecimiento y Sociedad Una Perspectiva pluridisciplinar*. España: Universidad de la Rioja.
- Moreno, G. A. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Venezuela: Redalio.org.
- Neill, D. A., & Suárez, L. C. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Machala: UTMACH.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas* . Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (1 de Octubre de 2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

- Osorio, M. A. (2018). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. Washington, D.C: Organizacion Panamericana de Salud .
- Pérez, M. N. (8 de Noviembre de 2018). *Psicología en el campo de la salud- Depresión* . Obtenido de Psicología en el campo de la salud- Depresión: <https://psicologiaensalud.wordpress.com/2012/11/08/la-escala-de-depresion-geriatrica-de-yesavage/>
- Pinedo, L. F. (2019). Salud y calidad de vida en el adulto mayo. *Scielo*, 3.
- Quinatoa, P. S. (2018). *ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MEJORAMIENTO DEL BIENESTAR FÍSICO Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DE ANCIANOS "SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS" DE AMBATO*. Ambato: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA.
- Riba, J. (23 de Octubre de 2023). *Enfocatss*. Obtenido de Enfocatss: <https://enfocatss.com/escala-de-valoracion-sociofamiliar-de-gijon-un-instrumento-clave-en-la-evaluacion-geriatrica/>
- Rodríguez, A. C., Salgado, J. G., Verdejo, I. C., Ordás, B., & Fernández, D. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 7.
- Rodríguez, R. G., Crego, M. G., & Díaz, M. C. (2018). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 5.
- UNFPA. (19 de Abril de 2023). 8.000 millones de vidas, infinitas posibilidades: erradicar "discursos alarmistas" sobre crecimiento demográfico y reconocer los derechos de la mujer. *Informe sobre el Estado de la Población Mundial*, pág. 1.
- Valdivia, P. F. (2020). *Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador*.
- Vélez, E. E., Centeno, M. R., Zevallos, M. G., & Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 17.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Consentimiento Informado

“Análisis descriptivo del estado de salud en un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera- Ibarra”

Estimada Participante o Representante Legal:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en el proyecto de investigación titulado *“Análisis descriptivo del estado de salud en un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera - Ibarra”*. Este estudio está siendo llevado a cabo por los investigadores principales Pozo Flores Henry Napoleón – Vaca Guevara David Heriberto. Queremos informarle sobre los detalles de la investigación y brindarle la oportunidad de decidir libremente si desea participar.

Parte I: Información para el Participante/Representante Legal

- **Título de la Investigación:** “Análisis descriptivo del estado de salud en un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera - Ibarra”
- **Investigador Principal:** Pozo Flores Henry Napoleón y Vaca Guevara David Heriberto
- **Instrumento:** Las escalas para la evaluación competen a la Ficha Clínica de Kica, la escala de Sarco-Gs, Escala de la Cruz Roja Evaluación Cognitiva de Kica, Test de Yesavage y la Escala de Gijón estas evaluaciones son precisas mismas que permiten evaluar de una manera amplia el estado de salud de la persona adultas mayores en cada una de sus esferas Física, Mental, funcional y social.
- **Nombre del centro o establecimiento en el que se realizará la investigación:** Barrio La Primavera - Ibarra
- **Aprobado por:** Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE.
- **Introducción:** El presente estudio tiene como objetivo describir el estado de salud en

un grupo de adultos mayores del Barrio La Primavera - Ibarra a través de la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral.

- **Propósito del Estudio:** El estudio busca comprender Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral, del Barrio La Primavera - Ibarra

Procedimientos:

- **Consentimiento Informado:** Obtener el consentimiento informado de cada participante o de sus representantes legales.
- **Adaptación:** Acondicionar un espacio tranquilo y libre de distracciones para realizar la evaluación.
- **Identificación de Participantes:** Verificar la elegibilidad de los participantes según los criterios establecidos en el protocolo.
- **Ejecución de Subtests:** Aplicar los test en el orden establecido, Ficha Clínica de Kica, la escala de Sarco-Gs, Escala de la Cruz Roja Evaluación Cognitiva de Kica, Test de Yesavage y la Escala de Gijón estas evaluaciones son precisas mismas que permiten evaluar de una manera amplia el estado de salud de la persona adultas mayores en cada una de sus esferas Física, Mental, funcional y social de los adultos mayores.
- **Registro:** Registrar cuidadosamente las respuestas y el desempeño de cada participante en cada subtest.
- **Cierre del Proceso:** Agradecer a los participantes por su colaboración y participación.

Riesgos y Beneficios: Entendemos la importancia de informarle sobre los posibles riesgos, aunque mínimos, asociados a la valoración geriátrica integral. También queremos destacar los beneficios, como contribuir al avance del conocimiento sobre el estado de salud de los adultos mayores del Barrio La Primavera – Ibarra.

Costos y Compensación: Le informamos que ningún análisis tendrá costo para usted, y no se ofrecerá compensación por su participación.



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Confidencialidad de Datos: Tomaremos medidas estrictas para garantizar la confidencialidad de la información recolectada durante la aplicación de los test Ficha Clínica de Kica, la escala de Sarco-Gs, Escala de la Cruz Roja Evaluación Cognitiva de Kica, Test de Yesavage y la Escala de Gijón.

Derechos y Opciones del Participante: Su participación es voluntaria, y puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin repercusiones. Su decisión no afectará su atención en salud.

Información de Contacto: Si tiene preguntas o preocupaciones, puede comunicarse con: Pozo Flores Henry Napoleon hnpozo@pucesi.edu.ec 0993158456 - Vaca Guevara David Heriberto dhvaca@pucesi.edu.ec 0986191494, autores de la investigación Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec

Consentimiento Informado

A. Declaratoria de Consentimiento Informado: Yo, _____, he leído y comprendido la información proporcionada. Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perder mis derechos legales. Recibiré una copia de este documento una vez firmado.

Nombre del Participante:

Cédula:

Firma:

Fecha:

Nombre del Investigador:

POZO FLORES HENRY NAPOLEON

Cédula: 1003163944

Firma:.....



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO

Cédula: 1002968533

Firma:.....

B. Declaratoria de Revocación del Consentimiento Informado: A pesar de haber aceptado previamente mi participación, revoco mi autorización. Entiendo que esto implicará la eliminación de mis datos. Esta decisión no afectará mi atención médica.

Nombre del Participante:

Cédula:

Firma:

Fecha:

Nombre del Investigador:

POZO FLORES HENRY NAPOLEON

Cédula: 1003163944

Firma:.....

VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO

Cédula: 1002968533

Firma:.....

Anexo 2: Consentimiento firmado por la Presidenta del Barrio



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

IBARRA

PUCE - TEC

Ibarra, 12 de enero del 2024
Of. 015 - PUCESI TEC

Estimada
Sra. Janeth Minda
PRESIDENTA DEL BARRIO "LA PRIMAVERA"
Presente. –

Reciba un cordial saludo de parte de la Unidad de Formación Técnica y Tecnológica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ibarra (PUCE IBARRA).

En miras de la colaboración interinstitucional y la mejora del trabajo en nuestra comunidad en temas de salud, me permito solicitarle de la manera más comedida, se facilite el acceso y la entrega de información de la población Adulta Mayor a los Sres. **VACA GUEVARA DAVID HERIBERTO** con número de identidad **1002968533**, y **POZO FLORES HENRY NAPOLEÓN** con número de identidad **1003163944**, estudiantes del cuarto nivel de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores, quienes se encuentra desarrollando su proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular denominado: **"ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DEL BARRIO LA PRIMAVERA, IBARRA"**.

En este sentido, se debe considerar que los alumnos estarán realizando la recolección de la información hasta el mes de febrero del 2024. Por lo tanto, solicito comedidamente se brinde el apoyo necesario para llevar a cabo lo antes mencionado.

Honrosos de contar con su favorable atención y reconociendo el apoyo mutuo brindado en el proceso de formación académica y experiencial de nuestros estudiantes. Por la atención que se digne dar al presente, le agradezco de antemano.

Atentamente,



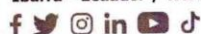
Mgs. Luis David Narváez
COORDINADOR PUCE TEC IBARRA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



Mgs. Lilian Anais Bastidas
COORD. TEC. SUP. ATENCIÓN
INTEGRAL A ADULTOS MAYORES

Yo Janeth Minda autorizo a los estudiantes realizar las entrevistas.

Dirección: Av. Jorge Guzmán Rueda y Av. Aurelio Espinosa Pólit. Ciudadela "La Victoria".
Teléf: (593-6) 2615 500 / 2615 453 **Ext.** 1000 **Cel.** 099 236 27 13 / 098 138 3498
Ibarra - Ecuador / www.pucesi.edu.ec



Anexo 3: Ficha clínica KICA

Fecha de entrevista:.....			
Nombre, nombre de Bush, nombre de piel:.....			
Fecha de nacimiento:.....			
Género:	femenino	masculino	
Nombre del entrevistador:.....			
Nombre de la Comunidad:.....			
Lugar de la entrevista:			
Hogar		Atención residencial	
Hogar de pariente		Hospital	
Clinica		Otro	
Intérprete presente:			
Ninguno			
Profesional	Familia	Otro.....	
¿ Qué idiomas hablas ?.....			
.....			
Idioma de la entrevista:.....			
Nombre del cuidador o familiar:			
Relación del cuidador con el sujeto:			
padre/hijo	primo	hermano/hermana	nieto
sobrino/sobrino	cónyuge	cuidador formal	otro.....
Género del cuidador:	femenino	masculino	
¿El cuidador vive con el sujeto? Sí No			

ANTECEDENTES MÉDICOS

Quiero preguntarle sobre alguna enfermedad que haya tenido. (circule la respuesta)

1. ¿Tienes buenos ojos? ¿Puedes verlo todo? no se si

No

2. ¿Tus oídos están bien? ¿Puedes oír todo?

Sí No no lo sé

3. ¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral? (se debilitó en un lado de su cuerpo)

Sí No no lo sé

4. ¿Tienes enfermedad del azúcar? (diabetes) no

Sí No lo sé

5. ¿Tienes presión arterial alta?

Sí No no lo sé

6. ¿Tienes problemas cardíacos?

Sí No no lo sé

7. ¿Tienes problemas renales?

Sí No no lo sé

8. ¿Tiene problemas para caminar?

Sí No no lo sé

Escribir detalles.....

9. ¿Tiene algún dolor?

En No No sé sí 9.1

caso afirmativo: a veces la mayor parte del tiempo

10. ¿Te caes a veces?

sí No no lo sé

10.1 en caso afirmativo: ¿te

lastimaste? Sí No no lo sé

11. ¿Alguna vez te han golpeado en la cabeza y te han dejado inconsciente?

No no se si

12. ¿Alguna vez ha tenido problemas de gumbu (orina)?

Sí No no lo sé

12.1 En caso afirmativo: ¿Alguna vez produce gumbu (orina) en su

ropa? no lo sé

13. ¿Ha estado enfermo y ha ido al hospital? ¿Para qué?

Sí No no lo sé

14. ¿Qué tipo de medicamentos tomas? (listar nombres o número de tabletas).....

ANTECEDENTES DE FUMAR Y ALCOHOL

1. ¿Bebes grog?

No Si

(Si no, vaya al 2)

1.1 ¿Cuántas veces por semana? sólo a veces 1.2. ¿Cuánto? cada día
sólo unos tragos 1.3 ¿Cuánto tiempo lleva bebiendo? no hasta que esté borracho
mucho tiempo (no mucho tiempo es menos de 10 años, mucho tiempo es más de 10 años)

2. ¿Bebías cuando eras joven?

No Si

(Si no, vaya al 3)

2.1 ¿Bebiste todos los días? No Si
2.2 ¿Solías emborracharte? No Si
2.3 (Si han dejado de beber, pregunte): ¿ cuándo dejó de beber?
hace mucho tiempo el año pasado este año

3. ¿Fumas?

No Si

(Si no, vaya al 4)

3.1 ¿Fumas todos los días? No Si
(Si no, vaya a 3.3)
3.2 ¿Cuantos en un día?
poquito: (menos de 1 paquete) gran multitud: (1 paquete o más)
3.3 ¿Cuánto tiempo lleva fumando? no mucho tiempo (no mucho tiempo es menos de 10 años, mucho tiempo es más de 10 años)

4. ¿Fumabas cuando eras joven?

No Si

(Si no, pase al 5)

4.1 ¿Cuántas fumaste en un día? poquito: (menos de 1 paquete) gran multitud: (1 paquete o más)
4.2 (Si han dejado de fumar, pregunte)- ¿ cuándo dejó de fumar?
hace mucho tiempo el año pasado este año

5. ¿Masticas tabaco?

No Si

5.1 ¿Masticabas cuando eras joven?

No Si

Anexo 4: Escala Sarco -Gs

SARCO-GS			
Español			
Dimensiones	Ítems	Categorías	Puntaje
Velocidad de la marcha subjetiva	1. Desde hace 3 meses ¿Ha notado que camina...	Nada lento (normal)	0
		Un poco lento	1
		Muy lento o incapaz	2
Medición subjetiva de fuerza muscular	2. ¿Cuánta fuerza tiene para cargar algo pesado de 4 kilogramos o más? Ejemplo: cargar una cubeta o barrica o garrafón de llenas de agua o cargar dos bolsas de mandado o supermercado	Mucha	0
		Poca	1
		Nada o incapaz	2
	3. ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de escaleras?	Ninguna	0
		Poca	1
		Mucha	2
Medición subjetiva de cantidad de masa muscular	4. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos han enflaquecido?	Nada	0
		Poco	1
		Mucho	2
	5. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos están más flacos o delgados comparado con las personas de su misma edad?	Nada	0
		Poco	1
		Mucho	2
Medición objetiva de fuerza muscular	6. Prueba de levantarse de la silla 5 veces	≤ 15 segundos	0
		≥ 16 segundos	2
Medición objetiva de cantidad de masa muscular	7. Circunferencia de pantorrilla	Mujer: >33 Hombre: >34	0
		Mujer: ≤33 Hombre: ≤34	2
Sarcopenia = ≥ 3 puntos del puntaje total.			

Anexo 5: Escala Cruz Roja**Escala de incapacidad de la Cruz Roja****Escala de incapacidad física**

- ◆ **Grado 0** - Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad, totalmente normal.
- ◆ **Grado 1** - Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
- ◆ **Grado 2** - Tiene alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
- ◆ **Grado 3** - Grave dificultad para las actividades de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
- ◆ **Grado 4** - Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual.
- ◆ **Grado 5** - Dependencia total. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Anexo 6: Evaluación Kica- Cog

Evaluación Cognitiva Indígena de Kimberley © 2004					
KICA-COG: EVALUACIÓN COGNITIVA					
Me gustaría ver si puedes recordar cosas. Te haré algunas preguntas. Respuesta incorrecta ingresar...0 Respuesta correcta ingresar...1					
Orientación					
1. ¿Esta semana es la semana de pensión/pago?	0	1			<input type="checkbox"/>
2. ¿Qué época del año es ahora? (Es posible que sea necesario indicar, por ejemplo, tiempo de humedad... tiempo de secado/tiempo de calor... ¿tiempo de frío?)	0	1			<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo se llama esta comunidad/lugar?	0	1			<input type="checkbox"/>
Para las preguntas 4 y 5 necesitarás tres elementos: peine, pannikin (taza) y cerillas.					
Reconocimiento y denominación					
4. Levante cada elemento por turno y pregunte ¿Cómo se llama esto?	4.1 peine	0	1		<input type="checkbox"/>
	4.2 pannikin (taza)	0	1		<input type="checkbox"/>
	4.3 partidos	0	1		<input type="checkbox"/>
(Si el sujeto tiene mala visión, coloque cada objeto en su mano y pídale que lo reconozca).					
5. Sostenga cada elemento por turno y pregunte ¿Para qué es este?	5.1 peine	0	1		<input type="checkbox"/>
	5.2 pannikin	0	1		<input type="checkbox"/>
	5.3 partidos	0	1		<input type="checkbox"/>
Ocultar cada objeto por turno Voy a poner este aquí, este aquí... Ahora no olvides dónde los puse. (Omita esto si tiene problemas de visión y nombre objetos para que los recuerden).					
Registro					
6. Cuéntame esas cosas que te mostré	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Comprensión verbal					
7. Cierra los ojos 8.	0	1			<input type="checkbox"/>
Primero apunta al cielo y luego apunta al suelo.	0	1	2		<input type="checkbox"/>
5					

Fluidez verbal

9. Dime los nombres de todos los animales que la gente caza.

Tiempo para un minuto (Puede indicar: ¿más? ¿Qué pasa en el aire? ¿En el agua?)

	0 animales:	0	
Número total _____	1-4 animales:	1	<input type="checkbox"/>
	5-8 animales:	2	
	animales o más:	3	

Recordar

10. ¿Dónde puse el peine? ¿Dónde puse las cerillas? ¿Dónde puse el pannikin?

0 1 2 3 Denominación visual

11. Te mostraré algunas fotos. Dime cuales son. Recuerda estas fotos

para más adelante.

Señale cada imagen y pregunte ¿Qué es esto? (Muestre el boomerang como ejemplo)

Ahora recuérdalos porque te los preguntaré una vez más.

niño, emú, billy/fuego, cocodrilo, bicicleta 0 1 2 3 4 5 Función frontal/ejecutiva

12. Mira esto. Ahora lo copias.

Mostrar cruces y círculos alternos. 0 1 Retiro gratuito

13. ¿Recuerdas esas fotos que te mostré antes? ¿Cuáles eran esas fotos?

Dime. (Muestre el boomerang como ejemplo)

0 1 2 3 4 5 Reuerdo con indicaciones

14. ¿Cuál te mostré antes? (una de las tres imágenes, use la página boomerang como ejemplo)

0 1 2 3 4 5 Práctica15. Abre esta botella y vierte agua en esta taza 0 1 16. Muéstrame cómo usar este peine. 0 1

PUNTUACIÓN TOTAL KICA-COG: La _____ /39

puntuación ≤33/39 indica posible demencia, derivar para revisión médica.

Anexo 7: Test Yesavage

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)			
Nombre del Usuario:		Zona:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:		Distrito:	
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:
		Aplicado por:	
INSTRUCCIONES:			
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA			
1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

Anexo 8: Escala de Gijón

A. 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
B. 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	5
C. 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
D. 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
E. 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
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 9:

Fotografías de entrevistas



