



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
PUCE TEC**

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR DE LA COMUNIDAD DE IMANTAG CENTRO DEL CANTÓN
COTACACHI**

**CASTILLO ANGULO ANA CARMENSA
ENRÍQUEZ CUCHALA DIANA DEL CONSUELO**

TUTOR: CIFUENTES MURIEL RUTH ERMINIA

**IBARRA – ECUADOR
MARZO, 2024**

CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de titulación titulado: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LA COMUNIDAD DE IMANTAG CENTRO DEL CANTÓN COTACACHI, presentado por las estudiantes *Castillo Angulo Ana Carmen y Enríquez Cuchala Diana Del Consuelo* con cédula de ciudadanía N° 1001910254 y 1002482865, para obtener el Título de TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA.

Certifico que el trabajo cumple con todos los parámetros establecidos, mediante el cual el estudiante demuestra 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)

Leda Ruth Cifuentes MSc.


Mgs: Cifuentes Muriel Ruth Erminia
TUTOR DE TRABAJO
 C.C.: 1002711990

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

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

Lda. Ruth Cifuentes MSc.

(f):

Mgs. Ruth Erminia Cifuentes Muriel

C.C.: 1002711990


(f):

Dr. Edison Patricio Vallejo Pasquel

C.C.: 1002978284


(f):

Mgs. María Paulina Muñoz Navarro

C.C.: 1710225648

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Castillo Angulo Ana Carmensa**, 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, 19 marzo de 2024



(f): _____

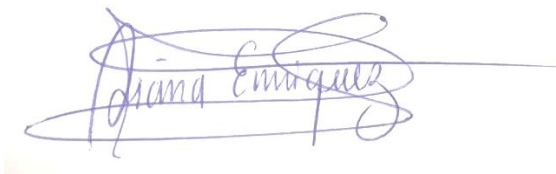
Castillo Angulo Ana Carmensa

C.C.: 1001910254

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Enríquez Cuchala Diana del Consuelo**, 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, 4 marzo de 2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Diana Enríquez Cuchala", with a horizontal line extending to the right.

(f): _____

Enríquez Cuchala Diana del Consuelo

C.C.: 1002482865

AUTORIA

Yo, **Castillo Angulo Ana Carmensa**, portadora de la cédula de ciudadanía N° 1001910254, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autora, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.



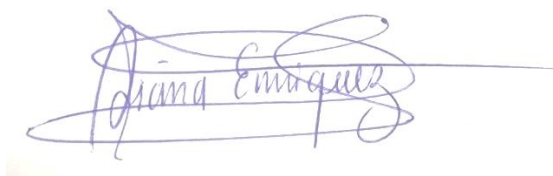
(f):.....

Castillo Angulo Ana Carmensa

C.C.: 1001910254

AUTORIA

Yo, **Enríquez Cuchala Diana del Consuelo**, portadora de la cédula de ciudadanía N°, 1002482865 declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autora, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Diana Enríquez", is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat obscured by the line.

(f):.....

Enríquez Cuchala Diana del Consuelo

C.C.: 1002482865

DEDICATORIA

A mi esposo Edguitar, aún recuerdo ese día que me pregunto si me gustaría estudiar Enfermería, respondiendo SÍ pero no me imaginé que me había inscrito en PUCE-TEC, pero gracias a él estoy realizando un sueño; a mis hijos: David, Tohita; Alejandro, mi nieta Anita Victoria, por el apoyo incondicional, amor sincero y siendo un pilar para esos días de dudas y cansancio; mis papitos Manuel (+) e Hilda quienes toman mi mano todos los días de mi vida.

Anita Carmensa

Con profundo cariño, dedico este trabajo a mis amados hijos, Axel y Carolina, quienes han sido mi constante fuente de inspiración y motivación durante este desafiante pero enriquecedor viaje académico. Cada página de este trabajo está impregnada con la influencia positiva que ustedes han tenido en mi vida. Este logro es un testimonio claro de la vital importancia que tienen en mi existencia, siendo mi mayor impulso a lo largo de este recorrido.

Diana del Consuelo

AGRADECIMIENTO

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra, por permitir que la carrera de Técnico Superior en Enfermería sea posible; y, luego de dos años de esfuerzo, sacrificio y grandes alegrías se mire el camino recorrido en las aulas y pasillo, admiro a docentes que dedican el tiempo y la inspiración de enseñar, a la directora de la investigación, por su asesoría; y, a quien apoyó de manera incondicional para que cada una de nosotras se tenga la vocación en Salud en una sola palabra **EMPATÍA**.

Agradezco, con todo mi corazón y amor a Dios y mi Virgen de Guadalupe por guiar nuestro camino y en poner a las personas indicadas con su amistad gracias Diana y Mishell por que salimos adelante.

Anita Carmensa

Deseo expresar mi reconocimiento a Dios, fuente inagotable de fortaleza y guía en este camino, a mi familia por su paciencia y apoyo. A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra, por brindarme el entorno propicio para el crecimiento y el aprendizaje. Mi gratitud especial a la directora de investigación, y docentes cuyo liderazgo y orientación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo; y, a todas las personas que creyeron en mí y me motivaron en los momentos de dificultades, les dedico mi más sincero agradecimiento.

Diana del Consuelo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----------|
| CERTIFICACIÓN TUTOR..... | ii |
| PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL | iii |
| ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS | iv |
| ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS | v |
| AUTORIA..... | vi |
| AUTORIA..... | vii |
| DEDICATORIA | viii |
| AGRADECIMIENTO | ix |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | x |
| ÍNDICE DE TABLAS | xiii |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | xiii |
| RESUMEN | xiii |
| ABSTRACT..... | xv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1 CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 Situación Problemática..... | 3 |
| 1.2 Objetivos | 5 |
| 1.2.1 Objetivo General | 5 |
| 1.2.2 Objetivos específicos..... | 5 |

| | | |
|--------|---|----|
| 1.3 | Justificación..... | 5 |
| 2 | CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE | 7 |
| 2.1 | Antecedentes | 7 |
| 2.2 | Marco Teórico | 8 |
| 2.2.1 | Envejecimiento..... | 8 |
| 2.2.2 | El estado de salud de los Adultos Mayores..... | 9 |
| 2.2.3 | Valoración Geriátrica Integral..... | 9 |
| 2.2.4 | Parroquia de Imantag | 22 |
| 2.2.5 | Bases Legales | 23 |
| 2.2.6 | Ley Orgánica de Salud | 23 |
| 2.2.7 | Constitución de la República del Ecuador | 24 |
| 2.2.8 | Normativas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)..... | 25 |
| 2.2.9 | Protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) | 25 |
| 2.2.10 | Plan de Creación de Oportunidades | 26 |
| 2.2.11 | Ética en la Investigación | 26 |
| 2.2.12 | Participación Comunitaria..... | 26 |
| 3 | CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 27 |
| 3.1 | Enfoque de la investigación | 27 |
| 3.2 | Nivel de la investigación..... | 27 |
| 3.3 | Tipo de la investigación | 27 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.4 | Diseño de la investigación..... | 27 |
| 3.5 | Población..... | 28 |
| 3.5.1 | Muestra..... | 28 |
| 3.6 | Métodos de recolección de información | 28 |
| 3.6.1 | Técnicas..... | 28 |
| 3.6.2 | Instrumentos de investigación..... | 29 |
| 3.7 | Validación de instrumentos..... | 30 |
| 3.8 | Viabilidad Bioética..... | 31 |
| 3.9 | Presupuesto del estudio | 31 |
| 3.10 | Cronograma de actividades | 32 |
| 4 | CAPÍTULO IV. RESULTADOS..... | 33 |
| 4.1 | Análisis e interpretación de datos..... | 33 |
| 4.1.1 | Resultados de evaluación de la Esfera Clínica..... | 33 |
| 4.1.2 | Resultados de evaluación de la Esfera Funcional | 35 |
| 4.1.3 | Resultados de evaluación de la Esfera Cognitiva..... | 37 |
| 4.1.4 | Resultados de evaluación de la Esfera Social | 38 |
| 5 | CONCLUSIONES | 41 |
| 6 | RECOMENDACIONES..... | 43 |
| 7 | BIBLIOGRAFÍA | 45 |
| 8 | ANEXOS | 51 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 <i>Presupuesto del estudio</i> | 31 |
| Tabla 2 <i>Cronograma de actividades</i> | 32 |
| Tabla 3 <i>Enfermedades y hábitos de vida en Adulto Mayor de Imantag</i> | 33 |
| Tabla 4 <i>Índice de masa corporal (IMC) en Adulto Mayor de Imantag Centro</i> | 34 |
| Tabla 5 <i>Tamizaje visual, auditivo y de equilibrio en Adulto Mayor</i> | 35 |
| Tabla 6 <i>Valoración de Incapacidad Física en Adulto Mayor de Imantag Centro</i> | 36 |
| Tabla 7 <i>Resultados de la escala de KICA-Cog en los Adultos Mayores</i> | 37 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 <i>Sarcopenia en adulto mayor de Imantag</i> | 35 |
| Figura 2 <i>Cognición del adulto mayor de Imantag Centro</i> | 38 |
| Figura 3 <i>Riesgo Social del adulto mayor de Imantag Centro</i> | 39 |
| Figura 4 <i>Tamizaje de depresión en adulto mayor de Imantag Centro</i> | 40 |

RESUMEN

La realidad de la comunidad rural central de Imantag que se encuentra ubicada en el cantón Cotacachi, presenta variabilidad demográfica, estilos de vida influenciados por el entorno, preferencias específicas de la población, factores culturales indígenas, redes de apoyo y conexiones comunitarias, así como distintas necesidades no satisfechas adecuadamente, lo que ha llevado a considerar a la población adulta mayor (PAM) como un grupo vulnerable, es por eso que este estudio proporciona información específica y actualizada sobre el estado de salud de los adultos mayores (AM). La investigación es de enfoque cuantitativo y descriptivo, donde se empleó encuestas estructuradas que recopilaban datos en las cuatro esferas de la Valoración

Geriátrica Integral (VGI): clínica, funcional, mental y social, asegurando solidez científica y representatividad con una muestra de 72 AM. Los resultados han permitido determinar que el estado de salud de la PAM está en los promedios aceptables y sugeridos por las diferentes escalas; sin embargo, presenta algunos hallazgos significativos, destacando altos índices de sarcopenia, riesgo social elevado, y prevalencia de síntomas depresivos, sobretodo en mujeres. La diversidad socioeconómica y de salud subraya la necesidad de intervenciones específicas, como monitoreo clínico continuo y programas de promoción de la salud, para mejorar la calidad de vida y bienestar en esta población.

Palabras clave: Población adulta mayor, Valoración Geriátrica Integral.

ABSTRACT

The reality of the central rural community of Imantag, located in the Cotacachi canton, exhibits demographic variability, lifestyles influenced by the environment, specific population preferences, indigenous cultural factors, support networks, and community connections, as well as various inadequately addressed needs. This has led to considering the elderly population as a vulnerable group. Hence, this study provides specific and updated information on the health status of older adults. The research adopts a quantitative and descriptive approach, using structured surveys that collected data in the four spheres of Comprehensive Geriatric Assessment: clinical, functional, mental, and social, ensuring scientific robustness and representativeness with a sample of 72 older adults. The results have allowed determining that the health status of the older adult population falls within acceptable and suggested averages by different scales. However, there are some significant findings, highlighting high rates of sarcopenia, elevated social risk, and a prevalence of depressive symptoms, especially in women. Socioeconomic and health diversity underscores the need for specific interventions, such as continuous clinical monitoring and health promotion programs, to enhance the quality of life and well-being in this population.

Keywords: Elderly Population, Comprehensive Geriatric Assessment.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre el estado de salud de la población adulta mayor de Imantag Centro del Cantón Cotacachi se ha motivado por la relevancia de comprender y abordar los desafíos que enfrentan estos individuos en su bienestar. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) menciona que ha incrementado la atención hacia la salud y la calidad de vida, especialmente dirigida a grupos vulnerables como los adultos mayores (AM). A pesar de un mejoramiento proyectado en la salud de esta demografía, tanto en la actualidad como en el futuro, impulsado por un aumento en la atención médica proporcionada por los organismos de salud estatales, persisten disparidades notables entre el sector urbano y rural. Mientras en zonas urbanas existen infraestructuras, tecnología y recursos, en el sector rural, la falta de recursos y atención médica representa una brecha significativa, limitando el acceso a tratamientos y consultas (OMS, 2022).

La baja percepción sobre la importancia de la salud y los servicios estatales en el sector rural ha contribuido a la vulnerabilidad en las condiciones de salud y enfermedad de la población. La transición epidemiológica, con un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, se ha manifestado globalmente, lo que sugiere un escenario desafiante para la atención médica en el futuro, observación que realiza la Organización Mundial de la Salud (2022) en el artículo salud y envejecimiento.

En varios estudios a nivel latinoamericano, sobre la inclusión y derechos de las personas mayores La (CEPAL, 2022) anticipa un cambio demográfico con un aumento significativo en la población AM, lo que conlleva mayores dificultades, como la limitación de autonomía, desigualdades económicas y sociales, y un probable incremento en discapacidades adquiridas en etapas avanzadas de la vida.

Los investigadores (Villavicencio & Rodríguez, 2019) mencionan, el aumento sustancial de la población adulta mayor ha planteado retos notables para los sistemas de atención médica, especialmente en áreas rurales, donde las necesidades no están siendo completamente satisfechas. En Imantag, una zona rural de Cotacachi, la falta de información actualizada sobre la salud de los AM plantea un desafío para la implementación de planes de intervención. Estudios previos indican que una evaluación clínica combinada con la Valoración Geriátrica Integral (VGI) permite identificar tempranamente a aquellos AM con un mayor riesgo de mortalidad, destacando la importancia de recopilar datos a través de las esferas de la VGI para desarrollar estrategias efectivas de mejora de la calidad de vida.

1 CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

Según datos de La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la población mundial está experimentando un aumento significativo en la proporción de personas mayores, con alrededor de 1.000 millones de individuos de 60 años o más, cifra que se estima aumentará conforme la población continúa su proceso de envejecimiento. Se prevé que para el año 2050, una de cada seis personas en el mundo será mayor de 65 años. Este incremento en la población adulta mayor (PAM) conlleva una transición epidemiológica notable, caracterizada por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas como la principal causa de muerte a nivel global.

Por ende, es crucial comprender el comportamiento del envejecimiento para investigar y describir el estado de salud de la PAM, especialmente en países donde los niveles de pobreza se incrementan junto con la población, como lo señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022). Estudios realizados en Sudamérica han utilizado la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como herramienta de evaluación, destacando la alta prevalencia de comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares y metabólicas, y resaltando la complejidad de factores que afectan el estado de salud de los adultos mayores (AM) (Murrugarra, 2023).

En Ecuador la PAM va incrementando significativamente desde el 2010, según información del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2023). El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (2023) señala que, el 8.03% de la población total ecuatoriana son adultos mayores, planteando desafíos significativos para los sistemas de atención médica debido a la falta de recursos y la dificultad para proporcionar servicios eficientes.

Investigaciones en una comunidad marginal de Ecuador indican que la población adulta mayor enfrenta un alto riesgo de padecer enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales, desnutrición, deterioro funcional, cognitivo, depresión y carece de apoyo social. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) se presenta como un instrumento fundamental en este contexto, con un enfoque multidimensional y multidisciplinario diseñado específicamente para abordar estas complejidades y desarrollar planes de atención coordinados con el objetivo de mejorar el bienestar general de la PAM (Alvarez, y otros, 2020).

La realidad observada en la comunidad rural de Imantag Centro, que se encuentra ubicada en el Cantón Cotacachi, podría ser similar a la de otras comunidades rurales, con una variabilidad demográfica, estilos de vida influenciados por el entorno, preferencias específicas de la población, factores culturales indígenas, redes de apoyo y conexiones comunitarias, así como distintas necesidades no satisfechas adecuadamente, lo que ha llevado a considerar a la PAM de Imantag como un grupo vulnerable.

Investigar la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en este entorno puede proporcionar información específica y actualizada sobre el estado de salud de los adultos mayores en la comunidad de Imantag, por lo que, se aplica el VGI para identificar tempranamente a los adultos mayores con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, la recopilación de datos en diversas esferas es esencial para que la Unidad de Salud Imantag pueda crear estrategias de intervención destinadas a elevar la calidad de vida en este grupo de la población.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral en la Comunidad de Imantag Centro del Cantón Cotacachi, durante el período de octubre 2023 - febrero 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente la investigación a través de la revisión de fuentes confiables.
- Medir el estado de salud del adulto mayor en las cuatro esferas de Valoración Geriátrica Integral (VGI): clínica, funcional, mental y social, mediante la utilización de escalas certificadas.
- Socializar los resultados finales de la investigación al Distrito de Salud Cotacachi al Centro de Salud y GAD Parroquial de Imantag.

1.3 Justificación

La justificación de este estudio surge de la imperativa necesidad de abordar la problemática del estado de salud en las personas adultas mayores (PAM) en entornos rurales, específicamente en la comunidad de Imantag, Cantón Cotacachi. La urgencia de establecer prioridades en el modelo de atención en salud pública y que sirva esta información para diseñar un plan de intervención efectivo para la prevención y disminución de los niveles de enfermedad y mortalidad de esta población motiva la realización de esta investigación.

Este estudio se sustenta en sólidos principios teóricos de las ciencias médicas, la prestación de servicios de salud y las prácticas en nutrición, saneamiento e higiene. Se resalta la vulnerabilidad de los AM, influenciada por factores de asistencia médica, edad y pobreza. La

medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral proporciona una perspectiva holística para abordar la salud en este grupo demográfico.

Los principales beneficiarios de esta investigación son la PAM de la comunidad de Imantag, la recopilación de información directa a través de encuestas ha permitido identificar sus necesidades, orientando así un plan de intervención centrado en este grupo prioritario garantizando un derecho constitucional.

La originalidad de esta investigación radica en la falta de estudios previos sobre el tema en Imantag. La ausencia de información válida motivó la realización de este estudio para cumplir con la normativa vigente y los principios de los derechos humanos, garantizando una atención igualitaria e inclusiva.

Para alcanzar los objetivos propuestos, el capítulo I se centró en el enfoque teórico, abordando estudios de las diferentes esferas de evaluación, a través de distintas escalas utilizadas en la VGI y otros indicadores relevantes, en diferentes sectores del país. El capítulo II detalla la metodología, describiendo el proceso, métodos, técnicas e instrumentos utilizados, presentando los resultados obtenidos mediante la medición de las cuatro esferas de VGI.

Finalmente, en el capítulo III se establece la difusión de los resultados, asegurando que la información llegue al Distrito de Salud Cotacachi, al Centro de Salud y al GAD Parroquial de Imantag, con el objetivo de informar y orientar futuras acciones a favor de la población AM en este sector rural.

2 CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE

2.1 Antecedentes

(OMS, 2022) destaca que, en la actualidad, la mayoría de la población experimenta un aumento en la expectativa de vida, superando los 60 años, lo que ha llevado a un incremento global de la población de adultos mayores. El problema principal de la investigación radica en la atención a la salud, considerando la susceptibilidad al cambio en su estado de salud debido al proceso de envejecimiento. El objetivo del estudio es comprender y abordar los retos persistentes vinculados a diversas patologías, algunas relacionadas directamente con el envejecimiento y otras con determinantes de salud a lo largo de la vida.

(Russo & Klein, 2020) señalan que, en la región de América Latina, se proyecta un aumento del gasto en salud destinado a la PAM del 30 % al 53 % para el año 2070. El problema principal se centra en el aumento de enfermedades y las condiciones desfavorables debido a la pobreza en estos países. La investigación tiene como objetivo identificar el estado de salud aplicando las escalas de la VGI.

En el contexto ecuatoriano, (CEPAL, 2022) indica que el promedio de vida es de 75 años, y el 6,5% de la población corresponde a adultos mayores (AM), con proyecciones de un aumento significativo hasta el 16,5% en 2050. El problema principal es el envejecimiento poblacional y los retos que presenta al sistema de salud del país. El objetivo es abordar estas dificultades, no solo por el aumento de consultas médicas, sino también por los mayores costos asociados a la prestación de servicios médicos, lo que implica una mayor inversión de recursos estatales.

(Villavicencio & Rodríguez, 2019) en su investigación realizada en Quito, identificaron factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con edad superior a 75 años, encontraron que ciertas características aumentan el riesgo de mortalidad en adultos mayores

como son la pérdida de funciones, la presencia del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), un resultado positivo en deterioro cognitivo como el delirium, entre otros. Por lo cual recomiendan que una evaluación clínica completa y una valoración geriátrica integral, pueden ayudar a identificar a los AM con mayor riesgo de mortalidad de manera temprana.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Envejecimiento

Es un proceso natural, irreversible y continuo, con un descenso de las capacidades físicas y mentales, mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte (OMS, 2022). Siendo así la Sociedad Internacional de Psicogeriatría realiza la siguiente clasificación: Adulto mayor joven 55–64 años, Adulto mayor maduro 65–74 años, Adulto mayor 75–84 años, Anciano mayores de 85 años, Nonagenarios y Centenarios. Además, este proceso se relaciona también con la transición a cambios de estilos de vida y la pérdida de seres queridos. Según la Constitución del Ecuador, se define como adulto mayor a toda persona que sobrepasa a los 65 años de edad. (Forttes, 2020) menciona que, con el aumento de este grupo etario, hay mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, cada tres AM padecen estas enfermedades, adicional problemas visuales, auditivos y otras afecciones que influyen en su rutina diaria y su gravedad aumentan con el paso de la edad, representando un alto porcentaje de mortalidad en años anteriores, las enfermedades más comunes en personas de 60 años o más son la osteoporosis, enfermedades cardíacas y diabetes, más predominantes en áreas urbanas; mientras la osteoporosis afecta más a mujeres mayores, los problemas cardíacos y la diabetes son más frecuentes en hombres.

2.2.2 *El estado de salud de los Adultos Mayores*

Está influenciado por factores como: la ausencia de enfermedades, recursos económicos, autonomía, empleo o recibir una pensión, apoyo familiar y no vivir en soledad. Estudios realizados por (Hernández & Pelcastre, 2023), en comunidades indígenas de Latinoamérica, indican que, “los adultos mayores de estas áreas, tienen limitaciones en el acceso a atención médica, redes de apoyo comunitario y existen condiciones de desigualdad” (p. 105). Entre las conclusiones que se llega en este estudio es la integración de políticas que integre tanto el conocimiento como la habilidad social de los grupos de adultos mayores atendidos a través de terapias de salud del envejecimiento.

En Ecuador estudios realizados por (Toapaxi, Guarate, & Cusme, 2020), revelan que, la mayoría de los AM examinados de grupos étnicos indígenas, tienen limitaciones económicas y niveles educativos bajos, factores que aumentan su vulnerabilidad a enfermedades crónicas no transmisibles.

2.2.3 *Valoración Geriátrica Integral*

Según lo descrito por (Morros, Vargas, & Hoyos, 2023) la valoración geriátrica integral, es un “proceso holístico y multidimensional, diseñado para comprender las capacidades funcionales, necesidades sociales, emocionales y cognitivas, así como, factores de riesgo” (p. 3); la valoración geriátrica con un enfoque integral (VGI) representa ser un pilar fundamental para los servicios de salud en la población geriátrica, permite mantener un equilibrio adecuado de salud y calidad de vida en los AM, a través del diagnóstico de todas las esferas de desarrollo humano, los instrumentos son un esquema de batería de medición que han demostrado su efectividad y que tienen su reconocimiento a nivel internacional (Berriel & Guidotti, 2021).

El AM tiene características especiales según Berriel y Guidotti (2021) es necesario que se aplique un sistema que evalúe específicamente los aspectos que involucran el envejecimiento fisiológico y sus manifestaciones asociadas a enfermedades; este tipo de valoración responde a la necesidad de atención a la elevada frecuencia en el AM de problemas no diagnosticados, así como de alteraciones y dependencias que pueden ser reversibles y en muchos casos desconocidas, lo que no permite una valoración clínica exhaustiva porque están centrados en dos fuentes de diagnóstico que incluyen la historia clínica y examen físico.

(Wanden B., 2021) realizó un estudio sobre la valoración geriátrica integral, con el objetivo de crear un plan que sea personalizado y preventivo que incluya tratamientos y rehabilitación centrado en mejorar la calidad de vida de los AM, siguiendo una adecuada exploración física y el uso de herramientas específicas de las escalas de evaluación, este tipo de diagnóstico se considera adecuado, efectivo y de calidad.

Respecto al desarrollo de la entrevista, la anamnesis es el método que se utiliza para realizar la VGI utilizando una exploración física y una serie de instrumentos específicos, para determinar las condiciones de salud del paciente, entre estos problemas se encuentran cuestiones con la comunicación que comprenden la expresión y la comprensión, existiendo problemas auditivos, visuales de gran complejidad, además evidenciando un deterioro de habilidades intelectuales, problemas funcionales, cognitivos y psicomotoras (Mirón, 2021). Estas situaciones pueden limitar mantener una entrevista completa con el paciente y por tanto se requieran varias consultas para completar la anamnesis.

Respecto a la valoración geriátrica física la valoración geriátrica integral requiere realizar varias evaluaciones que involucran el área funcional del anciano, así como la esfera mental como los niveles de depresión y cognición, el área social tanto del paciente como de quien le cuida, e

inclusive, los hábitos nutricionales. En el Ecuador el proyecto que se ejecuta a través de la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) se realiza un “estudio comparativo para evaluar el estado de salud y condiciones de vida de adultos mayores en centros urbanos de América Latina y el Caribe, anticipando las consecuencias de la transición demográfica (INEC, 2020). A través de la encuesta se busca la forma de identificar el estado de salud de la población adulta mayor, tomando en cuenta problemas ejes como el estado nutricional, así como algunos factores de riesgo.

En la esfera social, la valoración geriátrica integral reconoce la importancia de los factores sociales en la salud y el bienestar de las personas mayores. Esto incluye evaluar su red de apoyo social, su situación económica, su participación en actividades comunitarias y su calidad de vida en general, cabe mencionar que se pueden generar factores de riesgo y factores socio familiares que involucran actitudes negativas hacia el envejecimiento.

La VGI es un proceso más amplio y profundo que el diagnóstico tradicional, permite “detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención” (Gálvez, Chávez, & Aliaga, 2016), evaluación que garantiza acceder a un cuidado continuo a largo plazo y seguimiento terapéutico de la salud enfermedad del paciente, el diagnóstico dinámico y estructurado de la evaluación geriátrica integral promueve un modelo de atención de mayor efectividad en el paciente, mejorando la eficiencia de los recursos y alcanzando mejor nivel de autonomía y calidad de vida óptimos.

Evaluación de la esfera clínica. La esfera clínica se centra en evaluar de manera holística la salud y el bienestar de las personas mayores desde una perspectiva médica y funcional. Este enfoque multidimensional considera diversos aspectos, como la salud física, la

función cognitiva, la capacidad funcional, la salud mental, la nutrición, la medicación y el entorno social.

La evaluación de la esfera clínica en el estudio según (Wanden B., 2021) al iniciar con la anamnesis, el investigador recopila “toda la historia de posibles enfermedades a lo largo de su vida secuelas funcionales, hábitos de vida, tratamientos vigentes (farmacológicos o no) y adherencia a ellos” (p. 118), este tipo de medición tiene un enfoque integral y completo que permita conocer otros factores que puedan incidir en la calidad de vida de la persona; entre otros aspectos además, se permite detectar otros aspecto socio familiares, como el apoyo de la familia o cuidados que recibe, se detectan los síndromes geriátricos que presenta el adulto mayor, como la dificultad o falta de movimientos, caídas, desnutrición, problemas en la cognición, estados depresivos, disminución de la agudeza de los sentidos como oír y ver, trastornos intestinales entre otros síntomas que afectan de manera significativa.

En el contexto de la valoración clínica son relevantes las consecuencias del proceso físico de envejecimiento, los niveles de incidencia de pluripatologías, es decir, el tipo de afección primaria coexistente con otras afecciones que afectan al anciano y que con frecuencia es independiente a otra enfermedad o trastorno, sin embargo, la enfermedad puede ser causa de una incapacidad funcional del paciente geriátrico, por lo que la valoración clínica requiere de un diagnóstico tanto dialógico con el paciente así como otros factores asociados.

La evaluación dentro de la esfera clínica es de tipo tradicional y de alguna manera se puede calificar como superficial, que no permite un reconocimiento oportuno de la enfermedad; al diagnóstico tardío conduce a un manejo complicado de la enfermedad, esta evaluación se considera una forma compleja de realizar, precisamente por la forma atípica de enfermar en los ancianos. Incluye entrevista clínica, historia farmacológica, exploración física, entre otros.

Destaca la importancia de conocer aspectos clínicos y sociales, enfrentando los efectos del envejecimiento y las pluripatologías. La anamnesis aborda limitaciones de comunicación por lo que pueden identificarse síntomas referenciales e imprecisos; mientras que la exploración física tiene un orden detallado a través de la revisión de las áreas céfalo caudal, neurológica y sistemas tegumentarios, que se realiza mediante la utilización de equipos especializados para detectar los síntomas geriátricos.

Evaluación de la esfera funcional. Es un área de la evaluación geriátrica integral, aplicada porque, el deterioro funcional está asociado con el peligro que enfrentan los pacientes de fallecer, así como a los ingresos hospitalarios y dependencia. Para la evaluación de esfera funcional se mide con la utilización de la escala Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), así como el índice de Katz y el índice de Barthel; escalas que son de gran utilidad “en la predicción de resultados clínicos, la necesidad de interrogar sobre la independencia en tareas diarias, la movilidad y antecedentes de caídas se enfatiza al explorar la esfera funcional” (Perou, Faez, San Miguel, & Diaz, 2016).

La valoración funcional es el proceso dirigido a la recopilación de información respecto a la persona geriátrica y su capacidad de desenvolverse en la cotidianidad, es decir, realizar actividades habituales y mantener su independencia en el entorno que habitualmente habita o participa, estas acciones implican actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se evalúan mediante índices como el de Katz o el de Barthel. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) a través de herramientas como el Índice de Lawton y Brody se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas. Por último, las Actividades Avanzadas de la Vida

Diaria (AAVD) implican la participación en actividades sociales evaluadas, ofrecen a los usuarios un amplio abanico de ocupaciones para su desempeño. Una de las baterías exploratorias más utilizada en la práctica clínica es la batería de rendimiento físico corto, que consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio, velocidad de la marcha, levantarse y sentarse en una silla cinco veces (Vargas Santillán, et al., 2017).

La evaluación de la esfera funcional es importante, ya que permite determinar el nivel de independencia y autonomía de una persona, así como identificar posibles limitaciones o discapacidades, una herramienta asequible y fácil de usar en diferentes entornos clínicos es la escala de SARCO-GS, es un instrumento con el que simplifica la forma de enfrentarse al sarcopenia padecimiento frecuente del paciente por pérdida de masa muscular, fuerza y funcionamiento muscular del anciano, lo que dificulta sus movimientos y seguridad en su movilidad; su importante eficacia y facilidad en su aplicación hacen de esta herramienta una alternativa prometedora para decir y dar la prestación oportuna de atención médica (Dulcey, 2016). La escala SARCO-GS, tiene alta sensibilidad, validez y confiabilidad, en el ámbito de la evaluación clínica y detección de sarcopenia, enfermedad que genera consecuencias graves en el paciente adulto mayor y que por tanto requiere de mediciones objetivas para su diagnóstico. (Rosas Carrasco, Omaña Guzmán, García González, & Luna López, 2023); mientras tanto que según expresa (Valverde, 2022) la Escala Tinetti “evalúa el riesgo de caída, a través de la determinación de alteraciones en la marcha y en el equilibrio” (p. 35).

Evaluación de la Esfera Mental. La importancia de la evaluación cognitiva es relevante en el diagnóstico del paciente adulto mayor, los desórdenes mentales pueden estar vinculados a enfermedades crónicas, polifarmacia y alteraciones sensoriales; mientras que la fragilidad afectiva, especialmente la depresión, “afecta al 25% de los ancianos, con factores de riesgo como

antecedentes familiares y sociales. La valoración cognitiva destaca la alta prevalencia del deterioro cognitivo en ancianos, utilizando pruebas como el Cuestionario de Pfeiffer y el Mini-Mental State Examination” (Gálvez, Chávez, & Aliaga, 2016). En la evaluación de problemas mentales como la demencia son derivados del déficit cognitivo y afectación funcional, en este tipo de problemas se excluye el delirio y la depresión, por lo que es importante realizar una evaluación integral del paciente, como fase previa para un diagnóstico efectivo y definir el plan de intervención de salud.

La capacidad cognitiva del individuo es de significativa importancia en la calidad de vida y de manera especial del AM, la capacidad mental está vinculada a la ocurrencia de un riesgo de trastornos neurocognitivos, al respecto, (Moreira, 2023) realiza un estudio con la finalidad de realizar el análisis del deterioro cognitivo y su influencia en el estilo de vida del adulto mayor, estudio de tipo bibliográfico que demuestra que desde un enfoque neuropsicológico de pacientes de tercera edad puede influir en el estilo de vida; se presentan por el deterioro cognitivo, a causa de la disminución de peso, de la masa encefálica empieza el deterioro cognitivo normal.

El diagnóstico oportuno y articulado con la evaluación de otras esferas permitirá establecer la condición de salud del AM, además, contar con la información específica para estructurar un plan de fortalecimiento de destrezas cognitivas, física, funcionales y sociales, para la regulación emocional, fenómenos muy comunes en el grupo etario que se encuentra en la vejez en la que la reserva cognitiva cumple un rol de relevante, al igual que el fortalecimiento de la actividad intelectual la cual permite la disminución del riesgo de padecer trastornos neurocognitivos (Russell, et al., 2019).

Otra de las herramientas usadas para abordar la esfera mental es el examen del estado mental de Folstein (MMSE), “que es una prueba de cribado que valora la orientación temporo-

espacial, la memoria reciente y la fijación de la misma, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis” (Gálvez, Chávez, & Aliaga, 2016). La evaluación cognitiva se enfoca a varios aspectos como son la función de escolaridad, en esta prueba la puntuación menor a 24 indican deterioro cognitivo.

Además, se menciona la importancia de contar con escalas como la de Zarit, que permite identificar casos relacionados con la salud de los cuidadores de AM, en casos dependientes o con demencia, contexto en el que es relevante investigar ya que, la sobrecarga o agotamiento físico y emocional se ve reflejado no solo en el paciente, sino que también en el cuidador, poniendo en riesgo el abandono del AM, y la afección en el otro individuo. En el instrumento de Zarit se miden 4 dimensiones a través de 22 ítems, el instrumento es generalizado, aunque se cuenta con varias versiones (Giménez, Guinovart, Rivero, & Viñas, 2020).

La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler-IV (WAIS-IV), se estructura con siete subpruebas esta versión de la WAIS-IV según la investigación de Graham et al., (2017) “es una evaluación fiable y válida para el estudio con adultos mayores, los resultados proporcionan un método para ajustar las puntuaciones estándar más apropiadas para su uso en Ecuador” (p. 38). El método de evaluación mental con aplicación de la versión WAIS-IV es apropiado porque permite realizar clasificaciones de inteligencia y, de manera especial, no está asociado al diagnóstico de retraso mental.

La afectividad se desarrolla desde edad inicial, el niño a través de las caricias y la voz percibe la afectividad que le brindan los demás, además el ambiente empático en el hogar propicia un adecuado desarrollo afectivo, está asociado a experiencias emocionales positivas, momentos sociales en el grupo familiar y personas cercanas, así como motivaciones que le permiten relacionarse positivamente con los demás; en la ancianidad la afectividad constituye un

eje motivador en la percepción de aceptación para el adulto mayor, respecto a la práctica y respeto a sus costumbres, creencias, normas de convivencia y modelos de interacción (Guevara Peña, 2016).

Evaluación de la esfera social. Concibe un estudio de tipo sociodemográfico respecto al paciente y su entorno, como es el estado civil y la red de apoyo; para este tipo de evaluación se utiliza la escala de recursos sociales (OARS), la escala de valoración socio familiar Gijón y la escala moral de Filadelfia. En esta esfera además se incluye el estudio de la calidad de vida y la evaluación social integral, como factores subjetivos en la condición de salud del anciano, elementos que determinan la salud física, emocional, cognitiva y psicológica del adulto mayo, lo que puede conducir al desarrollo de patologías; la relevancia del respaldo de la familia, la convivencia, los recursos sociales a disposición para el AM es significativa al igual que su entorno y condiciones de vivienda en la cual reside (Mirón, 2021).

El abordaje de la esfera social se evidencia en un estudio de (Vargas Santillán, et al., 2017) el objetivo es “identificar los factores que intervienen en el bienestar físico y social del adulto mayor”, la metodología que se aplica en el estudio de la autora es de tipo cuantitativa y descriptiva, en una población de 29 personas con edades de 70 a 100 año, el diagnóstico en el proyecto se realiza con la aplicación del test de Barthel, Escala de Tinetti Marcha y Equilibrio, Escala de Gijón – Valoración socio familiar. La escala de Goldberg, valora la ABVD, con un coeficiente de viabilidad COEF y una correlación de $>0,90$, con un test breve que se realiza en cinco minutos tiene una buena validez predictiva, en cuanto a la potencia que el test permite mayor discriminación de funciones, siendo útil el test en la valoración inicial, monitoreo y pronóstico.

(Wanden B., 2021) publica que “los aspectos relacionados con el hogar y la familia deben considerarse en el plan de cuidados y atención. Una vez identificados, si fuera necesario se derivarían para evaluación e intervención de la trabajadora social” (p. 123); en el caso de que el adulto mayor no tenga capacidad de independencia requiere de cuidados de un familiar o terceras personas, en este caso, la esfera social, se encamina a identificar las necesidades de apoyo que tiene el paciente; en este sentido, las condiciones y habilidad del cuidador son fundamentales para brindar un cuidado eficiente al paciente, en un enfoque sociológico y humanístico, se hace referencia a las condiciones emocionales del cuidador.

En su estudio (Wanden B., 2021) enfatiza que, el peso que experimentan los cuidadores, tanto en el aspecto físico como emocional, puede provocar una fatiga considerable, es indispensable lograr reconocer esta carga para implementar medidas de ayuda que permitan continuar de manera normal el cuidado de los AM, para lo cual una herramienta utilizada en estos casos es la escala de Zarit, esta permite medir la sobre carga que el cuidador experimenta en el cuidado del paciente AM; es un instrumento que está estructurado con 22 ítems, para este tipo de evaluación.

La investigación realizada por (Maldonado, 2020) realizada con la finalidad de determinar la situación socio familiar y la calidad de vida en salud de los adultos mayores del Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, el análisis de la esfera social en la investigación tomó en cuenta información como: sexo, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico; en una segunda fase el estudio recopila datos sobre las comorbilidades de los pacientes mediante la utilización del índice de Charlson y sobre las redes de apoyo social y calidad de vida, del estudio se determina que los factores sociales tienen incidencia en la presencia síntomas de ansiedad y depresión que derivan en otros problemas de salud física del

anciano; según el EuroQol-5D en la dimensión de movilidad se demuestra que los pacientes presentan algunos problemas en la “deambulaci3n, las dimensiones de cuidado personal y actividades cotidianas no son relevantes, en la dimensi3n de dolor un tercio de los participantes no presentaron dolor ni malestar y la mayoría demuestran ansiedad y depresi3n” (Maldonado, 2020).

La valoraci3n afectiva se refiere al diagn3stico de depresi3n, (Sanjoaquin, Fern3ndez, & Mosa, 2021) expresa que esta condici3n humana “es el trastorno psiqui3trico m3s frecuente en los ancianos. Los sntomas depresivos y las alteraciones del estado de 3nimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y el 40% de las mujeres”(p. 66); la depresi3n es la causa de enfermedades patol3gicas y es causa principal de problemas en la calidad de vida, situaci3n funcional y cognitiva del anciano, la depresi3n depende de diversas circunstancias del entorno del adulto mayor, entre ellas la hospitalizaci3n por enfermedades, la estancia en casas de reposo, la economía, la estructura familiar, entre otros factores.

El diagn3stico de la depresi3n se realiza con varios m3todos entre ellos, Escala de Depresi3n Geri3trica de Yesavage (GDS), instrumento que consta de cinco 15 ítems, (GDS-5 y GDS-15), esta escala permite identificar los sntomas de depresi3n en el anciano, pero este instrumento, no est3 adecuado para evaluar el comportamiento psicom3trico, este examen es de vital importancia, ya que se centran a la evaluaci3n de signos de depresi3n y calidad de vida (Sanjoaquin, Fern3ndez, & Mosa, 2021).

Yesavage es la escala utilizada para medir sntomas de depresi3n del adulto mayor, así como, para los componentes de la salud social sobre la calidad de vida, la escala de Gij3n, es conocida como herramienta aplicada para realizar una medici3n de tipo integral, es decir, que permite realizar un diagn3stico preventivo y sobre el proceso, con la aplicaci3n de esta escala se

detecta situaciones de riesgo y problemas sociales (Gavilanes Fray & Vargas, 2018). Es así que, todos estos instrumentos de valoración se complementan para sistematizar la información agrupando criterios oportunos en el adulto mayor.

La escala GDS es una escala orientada a la evaluación de los síntomas cognoscitivos de asociados a personas AM que sufren de depresión; el test cuenta con preguntas de respuesta dicotómica para brindar facilidades al entrevistado para emitir sus respuestas para explorar síntomas de trastornos cognoscitivos como orientación, memoria y praxis. La escala DSM-IV se desarrolla para aplicar al AM, para evaluar los síntomas somáticos como la pérdida de peso, irritabilidad, ansiedad e inclusive la pérdida de la capacidad funcional del anciano en condiciones depresivas. Alcócer, (2021) señala que, la identificación de la depresión es netamente clínico, en donde es necesario llevar entrevistas bien estructuradas que enfatizen en eventos vitales y minuciosos como en la postura al caminar, actitud, aspecto físico, higiene y la manera de hablar y expresarse.

La percepción de la atención en el AM está relacionada con el tipo de alimentación, atención de la salud, la comunicación, la compañía y otros elementos que llevan a la persona a concebir que no está solo y que es comprendido y que se atiende a sus necesidades; en esta esfera, además intervienen otros factores como el deterioro en la esfera cognitiva y afectiva. Según Ayala y Tituaña (2020) “se aplica dos escalas para la medición geriátrica de depresión y la escala breve de Goldberg que también mide la depresión”; con este fin se realiza un conjunto de tareas para dar solución a un diagnóstico inicial, en el estudio propuesto por los autores encuentran que el post diagnóstico los adultos mayores obtienen mejores resultados al evaluar la esfera afectiva y motivacional del adulto mayor.

(Crider K, et al., 2023) en el análisis sistemático de resultados de varias investigaciones, en estudio bibliográfico y documental realizado, encuentra que “las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad en personas mayores en países de ingresos bajos y medios de Asia, América del Sur y África. Además, completamos un metaanálisis de los datos de prevalencia de la depresión” (p. 93).

(Crider K, et al., 2023) cita a la OMS (2017) organización que publica que “la depresión y la ansiedad ocupan el primer y sexto lugar en el mundo con respecto a la carga global de la discapacidad, además de ser un importante contribuyente a la morbilidad, incluyendo la muerte por suicidio (p. 94); es así que, este estudio pone en necesidad indispensable la manera de abordar la depresión y la ansiedad en los AM.

Estudios publicados entre 1990 y 2020 que proporciona datos sobre personas mayores (≥ 50 años) en LMIC (definidos por el Banco Mundial Criterios) se incluyeron y se evaluó la calidad. Se realizó estudios de mayor calidad para derivar estimaciones agrupadas de la prevalencia de la depresión. " Se identificaron 140 estudios relevantes, de los cuales treinta y dos se incluyeron. Ciento quince estudios informaron la prevalencia de la depresión solamente, 19 informaron tanto la depresión y ansiedad, y seis informaron solo ansiedad. En todos los estudios identificados, la prevalencia de depresión osciló entre 0,5 % y 62,7 %, y la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada osciló entre 0,2 % y 32,2 %. La prevalencia agrupada de la depresión fue del 10,5 % (IC del 95 %, 8,9 % - 11,2 %). Las tasas de prevalencia informadas de la depresión fueron significativamente diferentes en los estudios que utilizan ICD-10 en comparación con los criterios del DSM, y entre la comunidad y clínica ajustes. (Crider K, et al., 2023)

Adicional a estas valoraciones, (Tenorio, Romero, Roncal, & Cuba, 2021) en sus estudios mencionan que, la complejidad entre la salud física y emocional de los AM, tiene influencia en factores relacionados a enfermedades y aspectos indirectos como vivir en soledad, la dependencia de otras personas y la falta de acceso a servicios esenciales, los autores identificaron áreas críticas como múltiples enfermedades, fatiga, problemas de audición y limitaciones financieras que se relacionaron con una calidad de vida reducida. La utilización de cuestionarios como el GDS para la depresión y el GAD-7 para la ansiedad proporcionó una comprensión más detallada de la salud mental en estos grupos; es así que, estas investigaciones subrayan la importancia de abordar no solo los problemas médicos directos, sino también reconocer aspectos emocionales y psicológicos.

2.2.4 Parroquia de Imantag

Imantag fue creada en el año de 1861, es una parroquia rural de la provincia de Imbabura, se encuentra ubicada en el Cantón Cotacachi, su extensión es de 1726 kilómetros cuadrados. Actualmente la estructura política de la parroquia consta de 11 comunidades: Imantag Centro, Ambi, Colimbuela, Perafán, El Morlán, San Luis de la Carbonería, Quitumba, Peribuela, Pucalpa, Piñán y Guananí. (Gobierno Autónomo Decentralizado de la Parroquia de Imantag, 2020)

Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2023), Imantag tiene una población de 6044 habitantes, cerca del 75% de la población es de etnia indígena, cuyo idioma mayoritario es el kichwa y castellano. El índice de envejecimiento en la parroquia es de el 21% es decir que por cada niño menor de 15 años viven 20 adultos mayores de 65 años en adelante. Los habitantes de esta zona tienen acceso de atención en el Centro de Salud de Imantag ubicado en la cabecera parroquial y perteneciente a la dirección

distrital de salud Cotacachi N°3 del Ministerio de Salud Pública. Esta unidad de salud considera a los AM como un grupo vulnerable, debido a las condiciones de pobreza y abandono en los que viven, datos reflejados del levantamiento de fichas familiares del sector.

2.2.5 Bases Legales

El desarrollo de la presente investigación se basó en las normativas legales vigentes en el Ecuador, se presidió por las disposiciones establecidas en la Ley Orgánica de Salud, la Constitución de la República del Ecuador, normativas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Salud Pública (MSP), el Plan de Creación de Oportunidades, así como principios éticos y de participación comunitaria.

2.2.6 Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (LOS) del Ecuador constituye el pilar legal que orienta y fundamenta la investigación. Esta normativa se enmarca en el compromiso del Estado ecuatoriano con el bienestar de sus ciudadanos, consagrando el derecho a la salud como un principio fundamental (LOS 2022).

Artículo 3 de la LOS. Reconoce la salud como un derecho humano fundamental, establece claramente que todas las personas tienen el derecho inalienable de acceder a servicios de atención integral. Esta disposición no solo subraya la importancia de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud, sino que también respalda la integralidad de la atención, asegurando que las necesidades de la población adulta mayor sean abordadas de manera global y efectiva (LOS 2022).

Artículo 5 de la LOS. Destaca la trascendencia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este enfoque preventivo se alinea con la filosofía de la investigación, que no solo describió el estado de salud actual de la población AM, sino también

identificó posibles áreas de intervención y mejorar la calidad de vida a través de estrategias preventivas. Así, la investigación no solo se adhiere a la ley, sino que también contribuye activamente a la consecución de sus objetivos primordiales (LOS 2022).

2.2.7 Constitución de la República del Ecuador

Se enfocó en varios artículos que delinear los principios fundamentales que rigieron la investigación y que fueron esenciales para asegurar el respeto a los derechos de la población AM. Se respetaron los principios y derechos consagrados en la Constitución de la República del Ecuador (CRE), especialmente aquellos que garantizan el derecho a la salud, la igualdad, la no discriminación, y la participación ciudadana en asuntos de interés público (CRE 2008).

Artículo 32. Reconoce explícitamente el derecho a la salud como un derecho que garantiza el Estado. Este reconocimiento establece la obligación del Estado ecuatoriano de generar condiciones que permitan el acceso oportuno y adecuado a servicios de salud para todas las personas, incluyendo a la población AM en Imantag Centro (CRE, 2008).

Artículo 11. Asimismo, este derecho se enlaza con el principio de igualdad, subrayado en el de la Constitución, el cual prohíbe la discriminación por razones de edad, asegurando que todas las personas gocen de los mismos derechos, independientemente de su etapa de vida (CRE, 2008).

Artículo 36. Establece que se brindará atención prioritaria y especializada a las personas adultas mayores en los sectores público y privado, centrándose en la inclusión social y económica, así como en la protección contra la violencia. Esta atención se dirigirá especialmente a aquellos que hayan alcanzado la edad de sesenta y cinco años (CRE, 2008).

Artículo 38. Se menciona que el Estado desarrollará políticas públicas y programas destinados a la atención de las personas adultas mayores. Estas medidas tendrán en cuenta las

disparidades entre áreas urbanas y rurales, las desigualdades de género, etnia, cultura y las particularidades de individuos, comunidades, pueblos y nacionalidades. Además, se impulsará al máximo la autonomía personal y la participación de este grupo en la formulación y ejecución de dichas políticas (CRE, 2008).

2.2.8 Normativas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

La investigación considerará las normativas emitidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, en particular aquellas relacionadas con la atención y protección de los derechos. Estas normas sustentan su política pública para la población AM en un enfoque de que aborda tres pilares esenciales: la promoción de la inclusión y participación social al considerar a las personas AM como agentes del desarrollo familiar y social; la garantía de protección social para prevenir o disminuir la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social; y la provisión de atención y cuidado mediante la operación de centros gerontológicos públicos y privados, en colaboración interinstitucional y en coordinación con redes comunitarias. (MIES, 2019).

2.2.9 Protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)

La normativa para el adulto mayor busca mejorar la calidad de vida en la vejez mediante una atención integral de salud y servicios sociales. Su objetivo es no solo extender la expectativa de vida, sino asegurar una vida más prolongada y saludable en términos funcionales. La detección temprana de aquellos en riesgo de perder su capacidad funcional es esencial, subrayando la importancia de la prevención primaria para evitar la discapacidad, es guía base para la investigación, la normativa se enfoca en preservar la independencia, prevenir y rehabilitar la pérdida de autonomía, y brindar atención en situaciones agudas y cuidados continuos durante el proceso de recuperación y rehabilitación. (MSP, 2019).

2.2.10 Plan de Creación de Oportunidades

La investigación se integró de manera estrecha con el Plan de Creación de Oportunidades, centrándose específicamente en el Artículo 2 del plan que resalta la crucial importancia de implementar estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de los grupos de atención prioritaria, con especial énfasis en las personas adultas mayores. Este enfoque se alinea con la visión integral del plan para abordar las necesidades y aspiraciones de estos segmentos de la población. Se enfocó en los objetivos específicos de este plan que, están diseñados para lograr un acceso efectivo a servicios básicos, con un énfasis significativo en la atención integral de la salud, la consideración de medidas y estrategias que aseguren no solo la disponibilidad de servicios de salud para las personas adultas mayores, sino también su acceso efectivo y equitativo, con miras a mejorar su bienestar y calidad de vida (CEPAL, 2022).

2.2.11 Ética en la Investigación

Se respetarán los principios éticos fundamentales en la investigación, garantizando la confidencialidad de la información, obteniendo el consentimiento informado de los participantes y asegurando que los beneficios de la investigación superen los posibles riesgos para la población involucrada.

2.2.12 Participación Comunitaria

Se fomentará la participación activa de la comunidad de Imantag Centro en todas las fases de la investigación, cumpliendo con los principios de inclusión, respeto cultural y reciprocidad. La investigación buscó generar impactos positivos en la comunidad, promoviendo la colaboración y el empoderamiento. Esta investigación se llevó a cabo con el firme propósito de contribuir al bienestar de esta población, respetando en todo momento las disposiciones legales y éticas que regulan la investigación en salud en la República del Ecuador.

3 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo. Se llevó a cabo la recolección de datos mediante encuestas estructuradas que abarcaron las esferas de la valoración geriátrica integral (VGI), permitiendo obtener información numérica para el análisis estadístico de los resultados.

3.2 Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo, centrado en la recopilación de datos para obtener información detallada. La evaluación de las diferentes esferas de VGI en la comunidad de Imantag Centro proporcionó datos relevantes para comprender y detallar el estado de salud de los adultos mayores (AM) en esta comunidad, en las esferas clínica, funcional, mental, social y otros aspectos importantes.

3.3 Tipo de la investigación

Este estudio fue de campo no probabilística, la información se recolectó directamente de la PAM de la comunidad conjuntamente con el Centro de Salud de Imantag mediante encuestas, las fichas familiares fueron las principales guías de información para obtener datos exactos sobre la ubicación y situación geográfica, así como para la logística de las visitas domiciliarias a la PAM de la zona.

3.4 Diseño de la investigación

La investigación es no experimental, ya que no se manipularon ni intervinieron variables. Se realizó la observación directa, reconociendo las actividades relacionadas con el bienestar físico, cognitivo, social y emocional de los AM en su entorno natural, sin intervención directa.

3.5 Población

3.5.1 Muestra

El universo de la investigación está conformado por 88 AM de la Comunidad de Imantag Centro, según datos de las fichas familiares del Ministerio de Salud Pública (2023). Debido a tratarse de una población extensa y dispersa, fue necesario realizar la selección de una muestra, aplicando la ecuación estadística para el cálculo de proporciones poblacionales, utilizando el 5% de margen de error y 95% de nivel de confianza, con lo cual se estableció así, una muestra correspondiente a 72 AM. Esta elección se realizó con el propósito de garantizar la credibilidad y lograr que la muestra sea indicativa de la población objetivo de la investigación.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: edades comprendidas entre 65 años a 95 años, residencia en Imantag Centro, aplicación del consentimiento informado firmado por el participante o huella dactilar en caso de no tener nivel de escolaridad, el idioma; al ser una comunidad indígena sus habitantes hablan kichwa y español, para lo cual se apoyó con el Centro de Salud que cuenta con Técnicos en Atención Primaria kichwa hablantes.

Los criterios de exclusión fueron: AM con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual, discapacidad visual y auditiva, la muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios que participaron en el estudio.

3.6 Métodos de recolección de información

3.6.1 Técnicas

El método que se usa en esta investigación son encuestas validadas, permiten la recolección de datos por medio de preguntas a los adultos mayores de la comunidad de Imantag Centro con el objetivo de recopilar información esencial que permita conocer más a fondo la

situación actual de salud. Los cuestionarios de la encuesta abarcan las siguientes escalas de las esferas de la Valoración Geriátrica Integral (VGI):

3.6.2 Instrumentos de investigación

Evaluación Clínica y Cognitiva KIKA-Cog. Esta herramienta es una evaluación cognitiva culturalmente sensible, es parte de la herramienta Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KIKA) que nace con la intención de detectar problemas cognitivos en las personas adultas mayores aborígenes. Esta escala consta de 19 preguntas en el historial médico, el cual describe los antecedentes médicos, hábitos de vida, estado nutricional y sensorial (véase anexo b). En el aspecto cognitivo esta escala consta de 16 preguntas, evaluando orientación, comprensión verbal, memoria y praxis (véase anexo c). Detecta tempranamente el deterioro cognitivo, y los resultados se interpretan con una puntuación de $\leq 33/39$, indicando posible demencia y sugiriendo derivación para revisión médica (Russell, et al., 2019).

Evaluación funcional de SARCO-GS. Esta escala ofrece evaluaciones precisas de sarcopenia; identifica riesgo de pérdida de masa muscular y otras complicaciones, importante para prevenir y tratar afecciones antes de que se vuelvan críticas. Su cuestionario está compuesto de 7 preguntas (véase anexo d), sus parámetros indican sarcopenia a una puntuación ≥ 3 puntos (Rosas Carrasco, Omaña Guzmán, García González, & Luna López, 2023).

Escala funcional de incapacidad física de la CRUZ ROJA. Utilizada para evaluar la en actividades diarias, demuestra sensibilidad para detectar cambios en pacientes atendidos en diversas situaciones, incluido la atención domiciliaria. La escala clasifica la puntuación en seis niveles, desde cero hasta cinco (véase anexo e). El nivel cero indica independencia total, mientras que el nivel cinco indica incapacidad física con dependencia máxima (González, Gandoy, & Clemente, 2017).

Evaluación socio familiar de GIJÓN. Esta evaluación se aplica para determinar el funcionamiento social, reconociendo la complejidad de las situaciones familiares y sociales. Incluye cinco dominios que abordan elementos fundamentales como la situación familiar, económica, de vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social, subdivididos en cinco categorías cada uno. La escala abarca un rango de puntuaciones de 5 a 25 (véase anexo f), su interpretación refleja de 5 a 9 una situación social buena o aceptable, de 10 a 14 señala un riesgo social, y una puntuación igual o mayor a 15 indica la presencia de un problema social. (Riba, 2023)

Evaluación de depresión YESAVAGE. Esta herramienta evalúa síntomas de depresión y los componentes de la salud social, consta de 15 ítems (véase anexo g), proporciona una puntuación única en un rango de 0 a 15, con un punto de corte establecido en 5 o más para la clasificación, es así que su interpretación indica de 0 a 5 puntos la normalidad, de 6 a 9 probable depresión y más de 10 puntos depresión establecida (Consejo General de la Psicología España, 2021).

3.7 Validación de instrumentos

La validación de las escalas de VGI, se basa en la evaluación de expertos y sistematización de la práctica con AM, cuyos instrumentos han sido diseñados y validados internacionalmente, como es el caso de la escala KIKA-Cog certificada por el Comité de Ética de la Universidad James Cook y el Servicio de Salud de Cairns e Hinterland Australia (Russell, et al., 2019). La escala de incapacidad física y psíquica, desarrollada y autorizada por el Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, con amplia difusión en Latinoamérica. Y otros, reflejando la intención de proporcionar herramientas para abordar la atención integral

social-sanitaria necesaria frente al envejecimiento de la población y las complejas necesidades de este grupo.

3.8 Viabilidad Bioética

La viabilidad bioética se sustentó en la ética del presente estudio, en el cual se respetó la autonomía de los participantes, siguiendo normas y directrices éticas específicas relacionadas con la investigación en seres humanos, como la obtención del consentimiento informado, la protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos, garantizando equidad en la selección, respeto cultural, evaluación transparente de riesgos, beneficios y colaboración comunitaria.

3.9 Presupuesto del estudio

Tabla 1

Presupuesto del estudio

| RUBRO | VALOR |
|--------------------------|--------------|
| Materiales y suministros | 100 |
| Material bibliográfico | 50 |
| Transporte | 200 |
| Licencias de software | 100 |
| Imprevistos | 50 |
| Asesoría externa | 50 |
| Inversión | 550 |

Nota. Se describe los rubros de presupuesto que fue necesario para desarrollar la investigación.

3.10 Cronograma de actividades

Tabla 2

Cronograma de actividades

| ACTIVIDADES | MESES | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|
| | 1 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Revisión bibliográfica para la sustentación del tema | X | | | | |
| Elaboración y defensa del anteproyecto | X | | | | |
| Visita al Centro de Salud Imantag | X | | | | |
| Solicitud y aprobación con autoridades GAD parroquial y actores sociales de comunidad de Imantag para realizar el estudio | | X | | | |
| Ejecución del estudio de campo, levantamiento de información | | X | X | | |
| Aplicación de escalas de valoración geriátrica integral | | X | X | | |
| Procesamiento, tabulación, análisis y conclusiones de resultados obtenidos | | | X | | |
| Redacción final y presentación de proyecto | | | X | X | |
| Defensa del trabajo de titulación | | | | | X |

Nota. Se describe el cronograma de actividades que se ejecutó en el transcurso de la investigación.

4 CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de datos

4.1.1 Resultados de evaluación de la Esfera Clínica

Datos socio demográficos de los adultos mayores de Imantag Centro. En el contexto del estudio realizado en Imantag Centro, en relación a la demografía de los adultos mayores (AM), se observa que el 48% de los 72 encuestados pertenecen al grupo de edad de 65 a 74 años, el 46% se encuentra en el rango de 75 a 84 años, y un 6% tiene entre 85 y 95 años. Se destaca una predominancia del género femenino, representando el 57%, en comparación con el 43% correspondiente al género masculino. El índice de analfabetismo se presenta significativamente elevado, alcanzando el 65% de los AM sin educación formal. En cuanto al idioma, el 57% de los participantes hablan tanto kichwa como español, siendo el kichwa predominante en los AM de mayor edad. En términos de actividad económica, las labores agropecuarias destacaron como la principal ocupación a la que se dedicaban, abarcando el 61% de los encuestados. Actualmente, el 71% de los AM no participa económicamente de manera activa.

Historial Médico.

Tabla 3

Enfermedades y hábitos de vida en Adulto Mayor de Imantag

| ENFERMEDADES | PORCENTAJE | HÁBITOS DE VIDA | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------------|--------------------------------|------------|
| Patología no definida | 50% | No fuma | 97% |
| Hipertensión arterial | 33% | No consume alcohol | 83% |
| Otras enfermedades | 17% | Consume alcohol ocasionalmente | 17% |
| | | Consumo de medicamentos | 36% |
| TOTAL | 100% | | |

Nota. La tabla 3 describe las principales enfermedades y hábitos de vida del adulto mayor, esta información fue recolectada mediante la aplicación de la escala clínica KICA-KOG.

Análisis y discusión

En relación con los antecedentes médicos, el 50% de los participantes indicó no tener ninguna enfermedad, el 33% informó ser diagnosticado con hipertensión arterial, y el 17% mencionó padecer otras afecciones. En cuanto a los hábitos de vida, el 97% de los encuestados no consume tabaco, el 83% no consume alcohol, el 17% consume alcohol de manera ocasional, y el 36% utiliza medicamentos, incluyendo antihipertensivos y analgésicos.

Estado nutricional.

Tabla 4

Índice de masa corporal (IMC) en Adulto Mayor de Imantag Centro

| IMC | PORCENTAJE |
|--------------|-------------------|
| Normal | 64% |
| Sobrepeso | 19% |
| Bajo peso | 11% |
| Obesidad | 6% |
| TOTAL | 100% |

Nota. La tabla muestra información sobre el estado nutricional del adulto mayor, mediante la aplicación y valoración del índice de masa corporal (IMC).

Análisis y discusión

El índice de masa corporal (IMC) de los encuestados indica el 64% de los AM se encuentra dentro de los parámetros normales, el 19% tiene sobrepeso, el 11% presenta bajo peso y el 6% obesidad.

Función Sensorial.

Tabla 5

Tamizaje visual, auditivo y de equilibrio en Adulto Mayor

| VISUAL | PORCENTAJE | AUDITIVA | PORCENTAJE | CAÍDAS | PORCENTAJE |
|----------------|-------------|----------------|-------------|--------|-------------|
| Con dificultad | 38% | Con dificultad | 44% | Si | 33% |
| Sin dificultad | 62% | Sin dificultad | 56% | No | 67% |
| TOTAL | 100% | | 100% | | 100% |

Nota. En la tabla se muestra información sobre el tamizaje visual auditivo y el equilibrio, mediante la recopilación de datos por medio de la escala KICA-Cog.

Análisis y discusión

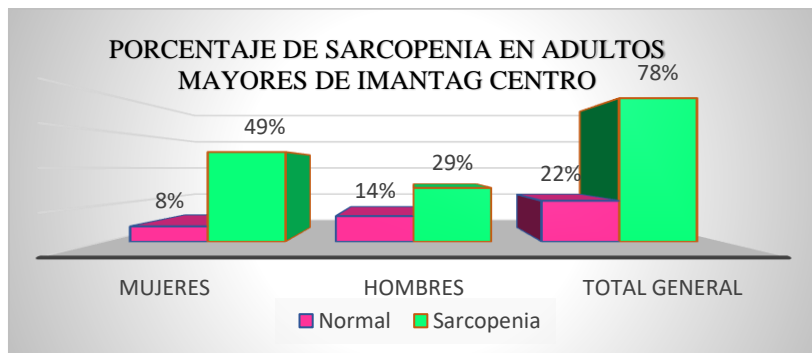
En cuanto a la dificultad visual, se observó que el 38% de los participantes enfrenta algún tipo de problema en este ámbito, paralelamente, un 44% de los AM reporta dificultad auditiva. En lo que respecta a caídas, el 33% de los AM encuestados indica haber sufrido caídas, a pesar de las dificultades sensoriales, el 67% de los AM no ha experimentado caídas.

4.1.2 Resultados de evaluación de la Esfera Funcional

Estado funcional de los Adulto Mayor de Imantag Centro.

Figura 1

Sarcopenia en adulto mayor de Imantag



Nota: La figura indica el porcentaje de sarcopenia en los adultos mayores, mediante los resultados obtenidos del Test de SARCOGS.

Análisis y discusión

La alta prevalencia de sarcopenia en AM de Imantag, con un porcentaje del 49% en mujeres y del 29% en hombres, revela una situación preocupante en términos de salud muscular en esta población, la significativa disparidad entre géneros sugiere que las mujeres experimentan una mayor incidencia de sarcopenia en comparación con los hombres.

Tabla 6

Valoración de Incapacidad Física en Adulto Mayor de Imantag Centro

| GRADO | DESCRIPCIÓN | MUJERES | HOMBRES |
|----------------|--|-------------|-------------|
| | | | |
| Grado 0 | Totalmente normal | 67% | 74% |
| Grado 1 | Deambula con alguna dificultad. Continencia total | 24% | 16% |
| Grado 2 | Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia. | 7% | 7% |
| Grado 3 | Grave dificultad para las actividades de la vida diaria. | 2% | 3% |
| Grado 4 | Deambulacion con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual | 0 | 0 |
| Grado 5 | Dependencia total. Escala de incapacidad psíquica | 0 | 0 |
| TOTAL | | 100% | 100% |

Nota: La tabla indica la valoración de incapacidad física en el adulto mayor, mediante los resultados obtenidos de la escala de la Cruz Roja

Análisis y discusión

La escala de incapacidad física de la Cruz Roja aplicada en la PAM de la comunidad de Imantag Centro, indica patrones significativos en la población, en el Grado 0 que representa una condición totalmente normal, se observa más alta en hombres con un porcentaje del 74%, que en mujeres que es del 67%. A medida que aumenta el grado de incapacidad, las mujeres presentan una mayor proporción en los grados 1 y 2, indicativos de deambulacion con alguna dificultad y el uso de ayudas como bastones, con un 24% y 7%, respectivamente, en comparación con los

hombres 16% y 7%. En los grados 3, 4 y 5, que indican graves dificultades en las actividades diarias, extrema dificultad con asistencia y dependencia total, las diferencias entre géneros son menos pronunciadas, pero las cifras totales son bajas. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de la PAM de Imantag se encuentra en condiciones normales, existe una proporción significativa con algún grado de dificultad funcional, siendo más prominente en mujeres en los niveles iniciales de la escala.

4.1.3 Resultados de evaluación de la Esfera Cognitiva

Estado Cognitivo de los Adultos Mayores de Imantag Centro.

Tabla 7

Resultados de la escala de KICA-Cog en los Adultos Mayores

| VARIABLE | PUNTUACIÓN NORMAL PORCENTAJE | CON DIFICULTADES PORCENTAJE | TOTAL |
|---------------------------|---|--|--------------|
| Orientación | 69% | 31% | 100% |
| Reconocimiento | 96% | 4% | 100% |
| Registro | 72% | 28% | 100% |
| Comprensión Verbal | 93% | 7% | 100% |
| Fluidez Verbal | 53% | 47% | 100% |
| Recordar | 68% | 32% | 100% |
| Denominación Visual | 74% | 26% | 100% |
| Función Frontal Ejecutiva | 79% | 21% | 100% |
| Recuerdo Con Claves | 49% | 51% | 100% |
| Práctica | 88% | 13% | 100% |

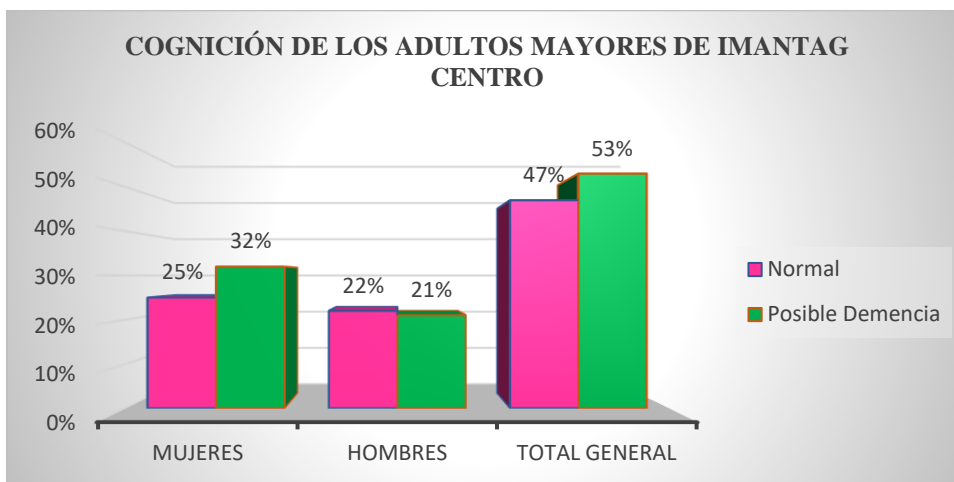
Nota: En la tabla se presentan los resultados de las variables evaluadas de la escala de de KICA-cog en los Adultos Mayores de Imantag Centro.

Análisis y discusión

Los resultados relevantes de la escala de KICA-cog en adultos mayores de Imantag Centro señalan que, casi la mitad de los participantes presentan dificultades significativas en la fluidez verbal (47%), más del 50% experimenta problemas en el recuerdo con claves, lo que indica dificultades para recordar información con el apoyo de pistas.

Figura 2

Cognición del adulto mayor de Imantag Centro



Nota: En la figura se representa el estado cognitivo de los adultos mayores de Imantag Centro, mediante los resultados obtenidos de la Escala de KIKA-Cog

El estado cognitivo de la PAM en Imantag Centro muestra una distribución variada, siendo el estado "normal" en mujeres el 25% y "Posible demencia" el 32%; en hombres "normal" el 22% y "Posible demencia" el 21%. Es así que en general el 47% de la población estudiada se encuentra en el rango de nivel cognitivo "normal" versus un 53%, que responden a una puntuación que los ubica en el rango de indicios de "posible demencia". Siendo importante, objetar que la sensibilidad cultural de las preguntas como diversas situaciones desconocidas en su entorno y factores externos como el nivel educativo de los participantes influyen en la comprensión de la encuesta.

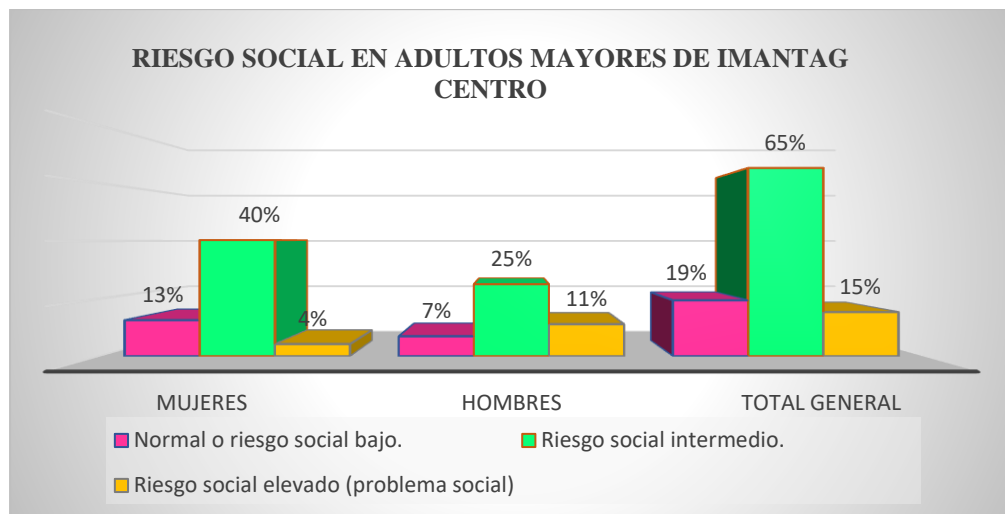
4.1.4 Resultados de evaluación de la Esfera Social

Los resultados de la Escala Geriátrica de Gijón revelan una diversidad de situaciones entre los AM de Imantag Centro, proporcionan una visión integral de la situación social en diversos aspectos, entre los más relevantes tenemos el ámbito económico el cual refleja que un

50% de los AM encuestados está en la categoría de pensión no contributiva; es decir, sus ingresos son inferiores a 225 dólares, y el 46% menor a los 100 dólares o carecen de ellos. Con respecto a la vivienda el 28% de los AM viven en condiciones inadecuadas.

Figura 3

Riesgo Social del adulto mayor de Imantag Centro



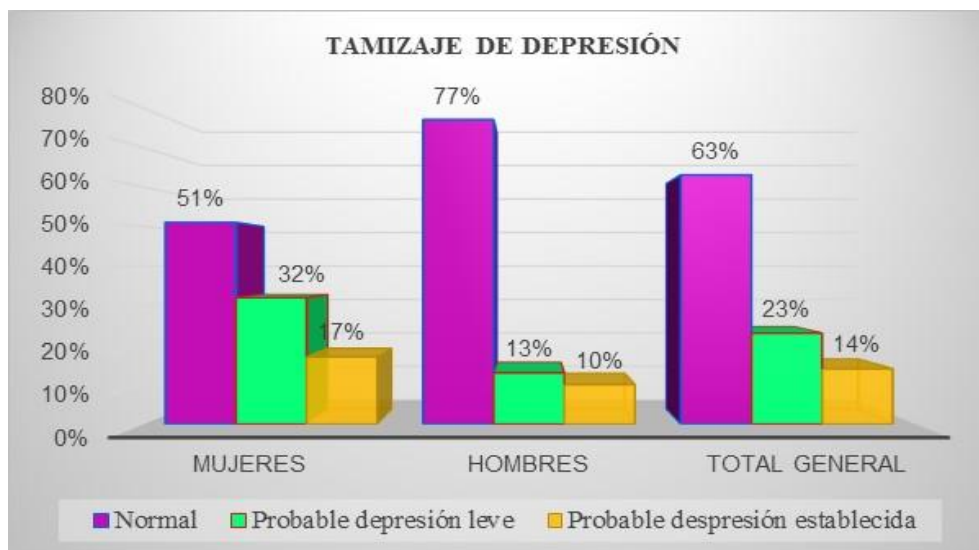
Nota: La información de la figura permite mostrar el riesgo social que presenta los adultos mayores de Imantag Centro, mediante la valoración de la Escala de Socio familiar de Gijón

Análisis y discusión

El análisis del gráfico sobre el riesgo social en el AM de Imantag Centro de la población estudiada, destaca que el 13% de las mujeres y el 7% de los hombres se encuentran en riesgo social bajo, mientras que el 40% de las mujeres y el 25% de los hombres se sitúan en la categoría de riesgo social intermedio. Además, un 4% de las mujeres y un 11% de los hombres presentan riesgo social elevado o problemas sociales. Estos datos reflejan que el 19% de la población tiene un riesgo social bajo, el 65% enfrenta un riesgo social intermedio, y el 15% experimenta un riesgo social elevado.

Figura 4

Tamizaje de depresión en adulto mayor de Imantag Centro



Nota. Se representa en la figura los resultados del tamizaje de depresión en la población de adultos mayores de Imantag, obtenidos de la Escala Yesavage.

Análisis y discusión

El análisis de los resultados sobre el tamizaje de depresión mediante la Escala de Yesavage indica que, en las mujeres el 29% se encuentran dentro del rango normal, el 18% muestra indicios de una probable depresión, y un 10% fluctúa en el rango de depresión establecida. Por otro lado, aunque los hombres presentan tasas más bajas en estos indicadores, el 33% en rango normal, el 6% signos de posible depresión; y, un 4% una depresión establecida. En términos generales el 63% de los encuestados presentan una evaluación normal, el 24% tiene indicios de probable depresión, y un 14% se tamizaron dentro de los parámetros de una sospecha de depresión ya establecida.

5 CONCLUSIONES

La descripción del estado de salud que enmarca la valoración geriátrica de la esfera clínica en Imantag Centro destaca la singularidad de los adultos mayores (AM), evidenciando la predominancia de AM jóvenes y de género femenino en su población, un notable analfabetismo, y una historia de participación en labores agropecuarias. Se observó la presencia común de problemas sensoriales y una incidencia significativa de hipertensión arterial. A pesar de que la mitad de los participantes no reporta enfermedades, la falta de participación económica y el riesgo de caídas frecuentes subrayan la necesidad de estrategias preventivas y de apoyo.

Los resultados de la evaluación de la esfera funcional en AM de Imantag revelan una preocupante prevalencia de sarcopenia, más pronunciada en mujeres que en hombres, aunque la mayoría de la población muestra condiciones normales según la escala de incapacidad física, las diferencias de género sugieren mayores dificultades funcionales en mujeres, como pérdida de la funcionalidad física, mayor riesgo de caídas, pérdida de independencia y mayor vulnerabilidad ante enfermedades crónicas.

La evaluación cognitiva de la población encuestada, refleja un sólido funcionamiento en áreas clave como reconocimiento, orientación y funciones ejecutivas. Sin embargo, se identificó dificultades en la fluidez verbal y memoria. Es significativo que un porcentaje notable de mujeres y hombres presenten indicios de "posible demencia", lo cual destaca la necesidad urgente de intervenciones específicas para abordar esta condición.

En cuanto a la evaluación de la esfera social en AM de Imantag, se evidencian una categorización frecuente de riesgo social intermedio. Los hombres presentan un riesgo social elevado en mayor medida que las mujeres. Aspectos como: vivienda inadecuada, descuido en la salubridad y factores económicos; fueron los aspectos más relevantes en la puntuación del riesgo

social. En cuanto a la presencia de síntomas depresivos los resultados reflejaron un porcentaje menor de depresión ya establecida especialmente en mujeres.

La socialización de los resultados finales de la investigación con el Distrito de Salud 10D03, Centro de Salud y la parroquia de Imantag representa un paso crucial hacia para la mejora de políticas, programas y servicios de salud de manera transparente y colaborativa, lo que contribuye a fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud y a mejorar la calidad de vida de la comunidad a la que sirve.

6 RECOMENDACIONES

Dada la diversidad y complejidad de las necesidades identificadas, se sugiere la implementación de programas de atención geriátrica integral en Imantag Centro. Estos programas deben incluir intervenciones educativas que aborden el analfabetismo, atención médica preventiva enfocados en el control de la hipertensión arterial y otras afecciones presentes. Asimismo, se recomienda la ampliación o continuidad de programas de apoyo social y económico para aquellos adultos mayores (AM) que no participan activamente en la actividad económica.

Ante la alta prevalencia de sarcopenia y la importancia de la salud muscular, se sugiere implementar programas específicos que insta a desarrollar estrategias de prevención y gestión que incluyan evaluaciones regulares, intervenciones nutricionales y programas de ejercicios adaptados a las necesidades específicas de los AM, enfocados en mejorar la masa muscular y la fuerza, con especial atención a las necesidades de las mujeres. También intervenciones personalizadas, como programas de entrenamiento de equilibrio y conciencia sensorial, para reducir el riesgo de caídas y sus consecuencias.

Considerando la presencia de posibles signos de demencia y depresión, se recomienda la intervención médica que realice diagnósticos oportunos para un abordaje de estos hallazgos y descartar condiciones agravantes de salud propias del envejecimiento o adquiridas según las condiciones o estilos de vida. Además, es importante ampliar estudios en el campo cognitivo, mediante la utilización de instrumentos apropiados y adaptados culturalmente a la población a la que se aplica.

A partir de los resultados presentados, mediante la socialización de esta investigación, se recomienda a la Dirección Distrital de Salud 10D03-Cotacachi, a través de su Unidad Operativa

Imantag y en articulación con el Gobierno Parroquial, promover intervenciones específicas y personalizadas, con programas que aborden la prevención de pérdida de la funcionalidad física, salud mental, autonomía, en sí, que permitan disminuir los riesgos en el estado de salud general de los AM de la comunidad.

Cabe mencionar que es importante dar continuidad con investigaciones más amplias en las diversas esferas exploradas y abarcar la inclusión de más comunidades, para establecer a una comprensión holística de las necesidades y fortalezas de los AM en de toda la parroquia.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, L., Reyes, M., Arteaga, C., Fonseca, D., Sierra, V., & Ruiz, M. (13 de octubre de 2020). Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal de Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 37(5), 926-932. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03040>
- Ayala Guilcapi, I. M., & Tituaña Vega, K. A. (2020). *Adaptación sociocultural del índice de Barthel modificado: estudio etnográfico para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso - provincia de Cotopaxi. 2019 - 2020*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Obtenido de <https://repositorio.puce.edu.ec/items/9fb204a8-eb06-4b77-bcae-8bc41ad8bfd7>
- Berghe, C. W. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio*, 5(2), 115-124. doi:<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>
- Berriel, F., & Guidotti, C. (2021). Lógica argumental de las políticas sobre envejecimiento y vejez en Uruguay: producción de sentido, tensiones y hegemonías. *Revista Latinoamericana de Población*, 15(28), 135-159. doi:<https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i1.n28.5>
- CEPAL. (diciembre de 2022). *Naciones Unidas CEPAL*. Obtenido de <https://acortar.link/Z2fruI>
- Consejo General de la Psicología España. (2021). *Evaluación de escala de depresión geriátrica GDS*. Recuperado el 10 de diciembre de 2023, de Consejo General de la Psicología España: https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/GDS_evaluacion_COP.pdf
- Cridler K, W., Q. Y., Yeung L, M., Finkelstain, M., Pons, D., Menéndez, C., . . . Daniels, G. (2023). Prevalencia de depresión y ansiedad en personas mayores en países de bajos y

- medianos ingresos de África, Asia y América del Sur: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Diario de Trastornos Afectivos*, 10(2).
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.068>
- Dulcey, E. (2016). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores. Recuperado el 28 de agosto de 2023
- Fortes, P. (2020). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
- Gálvez, M., Chávez, H., & Aliaga, E. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 321-327. doi:<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>
- Gavilanes Fray, V., & Vargas, D. (2018). *Atención de enfermería para el mejoramiento del bienestar físico y social del adulto mayor en el asilo de ancianos señor de los remedios del cantón Píllaro*. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Retrieved from <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/27525>
- Giménez, V., Guinovart, C., Rivero, C., & Viñas, M. (2020). Escala de valoración socio familiar. *Revista de la Universidad de Alicante*, 1. Retrieved from https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Escala_valoracion_sociofamiliar.pdf
- Gobierno Autónomo Decentralizado de la Parroquia de Imantag. (2020). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Cotacachi, Imbabura, Ecuador. Recuperado el 10 de 12 de 2023, de <https://www.imbabura.gob.ec/phocadownloadpap/K-Planes-programas/PDOT/Parroquial/PDOT%20IMANTAG.pdf>

- González, R., Gandoy, M., & Clemente, M. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *GEROKOMOS*, 24(4). Recuperado el 10 de diciembre de 2023, de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00184.pdf>
- Guevara Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez: Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151.
doi:<http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>
- Hernández, Y., & Pelcastre, B. E. (2023). La etnicidad y sus implicaciones en la vejez: revisión sistemática. *Research on Ageing and Social Policy*, 11(2), 105-132.
doi:<https://doi.org/10.17583/rasp.12064>
- INEC. (2020). *Ecuador en cifras*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Maldonado, A. (2020). *Situación sociofamiliar y calidad de vida en salud en los adultos mayores del área de geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2019*. Universidad Católica de Cuenca. Universidad Católica de Cuenca. Retrieved from <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/6efd82dd-9a3b-4fff-b79b-8a8b36d803d1>
- Mirón, M. (2021). Las crisis, las oportunidades... y la hospitalización a domicilio. *Hospital a Domicilio*, 5(2), 1-75. doi:<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.137>
- Mora, J., & Rodríguez, F. (2019). Factores Sociodemográficos, Clínicos y Geriátricos Asociados a Mortalidad en los Pacientes Ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor Durante enero del 2016 a diciembre 2017. *Disertación Previa a la Obtención del Título de Especialista en Geriatría y*

- Gerontología*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Recuperado el 12 de octubre de 2023, de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16738>
- Moreira, J. (2023). Estimación del estado cognitivo y su incidencia en la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Manta – Ecuador. *Revista Umero de la Universidad de Israel*, 22(1). Obtenido de <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/ru/article/view/845/816>
- Morros, E., Vargas, M., & Hoyos, S. (2023). Importancia y generalidades de la valoración geriátrica integral como herramienta de abordaje de la persona mayor en atención domiciliaria. *Universitas Medica*, 63(4). doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-4.vgih>
- Murrugarra, A. (2023). Valoración geriátrica integral del adulto mayor. Trujillo, Perú: Universidad César Vallejo. Recuperado el 12 de noviembre de 2023, de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108593>
- OMS. (2022). *Salud y envejecimiento*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- OPS. (2022). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Perou, Y., Faez, M., San Miguel, J., & Diaz, M. (2016). Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Revista Información Científica*, 95(5), 851-861. Retrieved from <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/78/2221>
- Riba, J. (2023). Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón: Un instrumento clave en la evaluación geriátrica. Recuperado el 10 de diciembre de 2023, de

<https://enfocatss.com/escala-de-valoracion-sociofamiliar-de-gijon-un-instrumento-clave-en-la-evaluacion-geriatrica/>

Rosas Carrasco, O., Omaña Guzmán, I., García González, A., & Luna López, A. (10 de agosto de 2023). *Frontiers in Endocrinology*. doi:10.3389/fendo.2023.1192236

Russell, S., Quigley, R., Muller, R., Strivens, E., Miller, G., Norrie, J., . . . Jordan, J. (2019). Validación del formulario breve de Evaluación Cognitiva Indígena de Kimberley (pantalla KICA) para telesalud. *Revista de Telemedicina y Teleasistencia*, 72(1), 3 - 65. doi:<https://doi.org/10.1177/1357633X19860309>

Russo, J., & Klein, A. (2020). La tercera edad en Latinoamérica y México. Un largo transitar entre la ciudadanía y las subciudadanías. *Forum. Revista Departamento de Ciencia Política*, 145-165. doi:<https://doi.org/10.15446/frdcp.n18.79546>

Sanjoaquin, A., Fernández, E., & Mosa, M. G. (2021). *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Retrieved from https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2004_i.pdf

Tenorio, M., Romero, Z., Roncal, V., & Cuba, M. (2021). Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 42-48. doi:<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1165>

Toapaxi, E., Guarate, Y., & Cusme, N. (2020). Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *Enfermería Investiga*, 5(4). Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/966>

- Valverde, A. (2022). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor institucionalizado en la casa hogar Rosa Elvira De León, Azogues 2021*. Universidad de Cuenca. Recuperado el 10 de diciembre de 2023, de <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4624085>
- Vargas Santillán, M., Arana Gómez, B., García Hernández, M., Ruelas González, M. G., Melguizo Herrera, E., & Ruiz Martínez, A. O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2). doi:<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>
- Villavicencio, J., & Rodríguez, F. (2019). *Factores Sociodemográficos, Clínicos y Geriátricos Asociados a Mortalidad en los Pacientes Ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor Durante enero del 2016 a diciembre 2017*. PUCE, Quito. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16738>
- Wanden B., C. (2021). Valoración geriátrica integral. Hospital a Domicilio. *Revista del Hospital HAD*, 5(2), 115-124. doi:<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>

8 ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTE I. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

"Análisis descriptivo del estado de salud de la población adulta mayor en la comunidad de Imantag centro del cantón Cotacachi".

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ana Carmenza Castillo Angulo – Diana del Consuelo Enriquez Cuchala

NOMBRE DEL PATROCINADOR: PUCETEC Ibarra

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:

Parroquia Imantag – Comunidad Imantag Centro

INTRODUCCIÓN:

La investigación se centra en comprender y abordar los desafíos en la salud de la población adulta mayor en la comunidad de Imantag Centro, Cantón Cotacachi, la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral brinda información importante para abordar la salud en este grupo prioritario, la recopilación de información directa a través de encuestas permitirá identificar sus necesidades, orientando así a un plan de intervención centrado de este grupo de la población de la comunidad. La aplicación del estudio respetará en todo momento los derechos de los adultos mayores según las normativas legales vigentes en el Ecuador, establecidas en la Ley Orgánica de Salud, la Constitución de la República del Ecuador, así como principios éticos y de participación comunitaria.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

- El objetivo de la investigación es describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral en la Comunidad de Imantag Centro del Cantón Cotacachi.
- El tipo de investigación es descriptiva de campo no experimental centrado en la recopilación de datos para obtener información detallada y precisa sobre el comportamiento del envejecimiento de la población adulta mayor.
- Los participantes que estarán incluidos deben tener edades comprendidas entre 65 a 95 años, vivir en la comunidad de Imantag Centro, que hablen kichwa y castellano. No podrán participar adultos mayores con deterioro cognitivo, discapacidad intelectual, discapacidad visual y auditiva.

PROCEDIMIENTOS:

- Los participantes serán entrevistados mediante la aplicación de cuestionarios, con el fin de conocer y levantar información sobre el estado de su salud.
- Las entrevistas se realizarán en mediante visita domiciliaria o en el Centro de Salud Imantag.
- El personal responsable son las investigadoras estudiantes de la Universidad Católica de la carrera Técnica de Enfermería, más el apoyo del personal del Centro de Salud Imantag (Médicos y Técnicos en Atención Primaria).
- El tiempo aproximado de la entrevista es de 30 minutos.

Las actividades incluyen las siguientes encuestas:

- Esfera clínica y cognitiva: Se aplicará la escala de KIKI CDG, la cual consta de 19 preguntas básicas como antecedentes, hábitos, enfermedades, entre otras, y en el aspecto cognitivo 16 preguntas, el cual evalúa la orientación, comprensión verbal, memoria, utiliza material didáctico como objetos comunes e imágenes.
- Esfera Funcional: Escala de SARCO-GS: su cuestionario está compuesto de 7 preguntas que evalúan el riesgo de padecer la enfermedad de sarcopenia que afecta a los músculos y la Escala de incapacidad física de la CRUZ ROJA clasifica en seis niveles, desde cero hasta cinco, se realizarán preguntas de las actividades de la vida diaria.
- Esfera Social – afectiva: Escala de GUJÓN: Consta de 5 preguntas y Escala de YESAVAGE: se compone de 15 ítems, estas utilizan preguntas sobre la situación familiar, económica, de vivienda, relaciones sociales, etc.



RIESGOS Y BENEFICIOS: Los riesgos son mínimos, incluyendo posibles inconvenientes físicos y emocionales. Los beneficios incluyen contribuir al conocimiento médico. Los participantes podrán acceder a sus resultados y recibir asesoría médica, si es necesario.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: No habrá costo alguno para los participantes, y no recibirán compensación por su participación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Se tomarán medidas para garantizar la confidencialidad de la información. Los datos serán anonimizados para proteger su privacidad.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Explicar los riesgos para los participantes. Incluir riesgos físicos y psicológicos.

Explicar los beneficios que recibirán los participantes en caso de que decidan formar parte de la investigación.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

Explicar que la participación no implica compensación económica

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:

Indicar que la información recopilada es totalmente confidencial.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE.

Se debe mencionar que la participación es completamente voluntaria, por lo que el participante o su representante legal pueden retirar su consentimiento en cualquier momento.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Estudiantes:

- Ana Camensa Castillo Angulo. Mail: acastilloa@pucesi.edu.ec Celular: 0998057658- Ibarra
- Diana del Consuelo Enriquez Cuchala. Mail: dcenriquez@pucesi.edu.ec Celular: 0995955563- Ibarra

Patrocinador:

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra.

Teléfonos (593-06) 2994 700 Mail: uci@pucesi.edu.ec. Dirección: Av. Jorge Guzmán Rueda y Av. Aurelio Espinosa Polít. ciudadela "La Victoria", Ecuador

HISTORIA MÉDICA Quiéno

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

1. ¿Tus ojos están bien? ¿Puedes ver todo? no se si

no

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

si

no

no sé

3. ¿Alguna vez ha tenido un derrama cerebral? (se debilitó por un lado de tu cuerpo)

si

no

no sé

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

si

no

sí

5. ¿Tiene presión arterial alta?

si

no

no sé

6. ¿Tienes problemas del corazón?

si

no

no sé

7. ¿Tienes problemas de riñón?

si

no

no sé

8. ¿Tiene problemas para caminar?

si

no

no sé

Escriba los 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 sé

10.1 en caso afirmativo: ¿se

lastimó? si

no

no sé

11. ¿Alguna vez ha sido golpeado en la cabeza y noqueado?

no

no sé sí

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

si

no

no sé

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

si

no

ropa? no sé

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

si

no

no sé

14. ¿Qué tipo de medicamentos toma? (enumere los nombres o el número de tabletas)

HISTORIAL DE TABAQUISMO Y ALCOHOL**1. ¿Bebes grog?**

| | | |
|--|---------------------------------|----|
| | No | Si |
| (Si no, vaya a 2) | | |
| 1.1 ¿Cuántas veces a la semana? solo a veces sólo unos tragos | 1.2 ¿Cuánto? cada día | |
| 1.3 ¿Cuánto tiempo ha estado bebiendo? no mucho mucho tiempo (no mucho tiempo es menos de 10 años) | hasta que está borracho | |
| | de 10 años, mucho tiempo es más | |

2. ¿Bebías cuando eras joven?

| | | |
|---|-------------------|------------------------|
| | No | Si |
| (Si no, vaya a 3) | | |
| 2.1 ¿Bebías todos los días? | No | Si |
| 2.2 ¿Se emborrachaba? | No | Si |
| 2.3 (Si han dejado de fumar preguntar)- ¿ cuándo dejó de beber? | hace mucho tiempo | el año pasado este año |

3. ¿Fumas?

| | | |
|--|--|----------------------------|
| | No | Si |
| (Si no, vaya a 4) | | |
| 3.1 ¿Fuma todos los días? | No | Si |
| (Si no, vaya a 3.3) | | |
| 3.2 ¿Cuántos en un día? | poco: (menos de 1 paquete) | big mob: (1 paquete o más) |
| 3.3 ¿Cuánto tiempo lleva fumando? no mucho | 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 pasa a 5) | | |
| 4.1 ¿Cuánto fumaste en un día? poco: (menos de 1 paquete) | | big mob: (1 paquete o más) |
| 4.2 (Si han dejado de fumar preguntar)- ¿ cuándo dejó de fumar? | hace mucho tiempo | el año pasado este año |

5. ¿Mascas tabaco?

| | | |
|------------------------------------|----|----|
| | No | Si |
| 5.1 ¿Masticabas cuando eras joven? | No | Si |

Nota. Cuestionario utilizado en la valoración clínica mediante la Escala de KIKA-cog mencionada en (Russell, et al., 2019).

Anexo C.

Valoración cognitiva Escala de KIKA-cog

| Evaluación cognitiva indígena de Kimberley © 2004 | | | | | |
|--|--------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <u>KIKA-COG: EVALUACIÓN COGNITIVA</u> | | | | | |
| Me gustaría ver si puedes recordar cosas. Te haré algunas preguntas. Respuesta incorrecta ingresa...0 Respuesta correcta ingrese...1 | | | | | |
| <u>Orientación</u> | | | | | |
| 1. ¿Esta semana es semana de pensión/pago? | 0 | 1 | | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Qué época del año es ahora? (Es posible que deba indicar, por ejemplo, tiempo húmedo... tiempo de secado/caliente... ¿tiempo frío?) | 0 | 1 | | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Cuál es el nombre de esta comunidad/lugar? | 0 | 1 | | <input type="checkbox"/> | |
| Para las preguntas 4 y 5 necesitará tres artículos: peine, pannikin (taza) y fósforos. | | | | | |
| <u>Reconocimiento y denominación</u> | | | | | |
| 4. Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Cómo se llama esto? | 4.1 peine | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | 4.2 sartén (taza) | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | 4.3 partidos | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| (Si el sujeto tiene problemas de visión, ponga cada objeto en su mano y pídale que lo reconozca). | | | | | |
| 5. Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Para qué es esto? | 5.1 peine | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | 5.2 sartén también | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | 5.3 partidos | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Ocultar cada objeto a su vez Voy a poner este aquí, este aquí... Ahora no olvides dónde los puse. (Omita esto si tiene problemas de visión y nombre los objetos para que los recuerden). | | | | | |
| <u>Registro</u> | | | | | |
| 6. Dime esas cosas que te mostré | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| <u>Comprensión verbal</u> | | | | | |
| 7. Cierra los ojos 8. | 0 | 1 | | | <input type="checkbox"/> |
| Prímero apunta al cielo y luego al suelo. | 0 | 1 | 2 | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | | | |

Anexo D.*Escala de valoración Funcional SARCO- GS*

| SARCO-GS (ESCALA GERIÁTRICA DE SARCOPENIA) | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------|
| Ítems 1-5: Lea las preguntas y respuestas al adulto evaluado y asigne un puntaje de 0, 1 o 2 dependiendo de la respuesta. | | | |
| DIMENSIONES | ITEMS | CATEGORÍAS | PUNTAJE |
| | | Nada lento (Normal) | 0 |
| Velocidad de la marcha subjetiva | 1, Desde hace 3 meses ¿Ha notado que camina... | Un poco lento | 1 |
| | | Muy Lento o incapaz de caminar | 2 |
| Medición subjetiva de la fuerza muscular | 2, ¿Cuánta fuerza tiene para cargar algo pesado de 4 kilos o más? Ej. Una cubeta o garrafón de agua o 2 bolsas de supermercado | Mucha | 0 |
| | | poca | 1 |
| | 3, ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de escaleras | Nada - Incapaz | 2 |
| | | Ninguna | 0 |
| Medición subjetiva de cantidad de masa muscular | 4, En los últimos 3 meses ¿Ha notado que sus piernas y brazos han enflaquecido? | Poca | 1 |
| | | Mucha | 2 |
| | 5, En los últimos 3 meses ¿Ha notado que sus piernas y 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 | Menor o igual a 15 segundos | 0 |
| Medición objetiva de cantidad de masa muscular | 7, Circunferencia de la Pantorrilla | Mayor o igual a 16 segundos | 2 |
| | | Mujer mayor de 33 | 0 |
| | | Hombre mayor de 34 | 0 |
| | | Mujer menor o igual a 33 | 2 |
| | | Hombre menor o igual a 34 | 2 |
| | | TOTAL | |
| SARCOPENIA MAYOR O IGUAL A 3 PUNTOS | | | |

Nota. Cuestionario utilizado en la valoración funcional mediante la Escala de Sarcogs mencionada en (Rosas Carrasco, Omaña Guzmán, García González, & Luna López, 2023).

Anexo E.*Escala de valoración Funcional de Incapacidad Física de la 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. Deambulaci3n extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual |
| Grado 5 | Dependencia total. Inmovilizado en cama o sill3n. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería. Escala de incapacidad psíquica |

Nota. Cuestionario utilizado en la valoración funcional mediante la Escala de Incapacidad de la Cruz Roja mencionada en (González, Gandoy, & Clemente, 2017)

Anexo F.*Escala de Valoración Socio familiar de Gijón*

| Situación familiar | Puntuación |
|--|------------|
| 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. | 1 |
| 2. Vive con cónyuge de similar edad. | 2 |
| 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. | 3 |
| 4. Vive solo y tiene hijos próximos. | 4 |
| 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados. | 5 |
| Situación económica | |
| 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. | 1 |
| 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente. | 2 |
| 3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva | 3 |
| 4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*. | 4 |
| 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior. | 5 |
| Vivienda | |
| 1. Adecuada a las necesidades. | 1 |
| 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños | 2 |
| 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción | 3 |
| 4. Ausencia de ascensor, teléfono. | 4 |
| 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos | 5 |
| Relaciones sociales | |
| 1. Relaciones sociales. | 1 |
| 2. Relación social sólo con familia y vecinos. | 2 |
| 3. Relación social sólo con familia o vecinos. | 3 |
| 4. No sale de su domicilio, recibe familia. | 4 |
| 5. No sale, no recibe visitas. | 5 |
| Apoyos red social | |
| 1. Con apoyo familiar o vecinal. | 1 |
| 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. | 2 |
| 3. No tiene apoyo. | 3 |
| 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. | 4 |
| 5. Tiene cuidados permanentes. | 5 |
| Puntuación final: | |
| < 10 puntos: normal o riesgo social bajo. | |
| 10-16 puntos: riesgo social intermedio. | |
| > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social) | |

Nota. Cuestionario utilizado en la valoración socio familiar mediante la: Escala de Gijón mencionada (Riba, 2023).

Anexo G.

Escala de Valoración de Depresión Yesavage

| PREGUNTA | RESPUESTA | RESPUESTA |
|---|-----------|-----------|
| 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 |

TOTAL

Las respuestas que indican depresión están en **NEGRITA Y MAYÚSCULAS**. Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO

Interpretación 0-5 Normal 6-10 Posible depresión 11-15 Depresión establecida

Nota. Cuestionario utilizado en la valoración de depresión mediante la Escala de Yesavage (Consejo General de la Psicología España, 2021).

Anexo H.
Aplicación de encuestas

| | |
|---|--|
|  |  |
| <p>Lugar: Centro de Salud Imantag. Enero 2024</p> | <p>Lugar: Centro de Salud Imantag. Enero 2024</p> |
|  |  |
| <p>Lugar: Centro de Salud Imantag. Enero 2024</p> | <p>Lugar: Centro de Salud Imantag. Enero 2024</p> |
|  |  |
| <p>Lugar: Comunidad -Visita domiciliaria en Imantag. Enero 2024</p> | <p>Lugar: Comunidad-Pretil del parque central Imantag. Enero 2024</p> |