

**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 Parroquia  
Natabuela, Antonio Ante.**

**Cifuentes Michilena Daniela Carolina**

**López Terán Nathaly Andrea**

**Tutor: Cifuentes Muriel Ruth Erminia**

**Ibarra-Ecuador**

**Septiembre- 2024**

Ibarra, 23 de agosto de 2024

## CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular titulado:

Análisis descriptivo del estado de salud en la población adulta mayor de la Parroquia Natabuela, Antonio Ante, presentado por las estudiantes Cifuentes Michilena Daniela Carolina con cédula de ciudadanía N° 1003611496 y López Terán Nathaly Andrea con cédula de ciudadanía N° 1004963144, 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): \_\_\_\_\_  
 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:

(f): .....

Mgs. Ruth Cifuentes

C.C.: 1002711990

(f):.....

Mgs. Marcela Pantoja

C.C.: 1003176235

(f):.....

Mgs. Ximena Mejía

C.C.: 100198674

## ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Cifuentes Michilena Daniela Carolina**, 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, 23 de agosto del 2024

Cifuentes  
Michilena Daniela  
(f): Carolina



Firmado digitalmente por  
Cifuentes Michilena Daniela  
Carolina  
Fecha: 2024.08.23 02:06:57  
-0500'

Cifuentes Michilena Daniela Carolina

C.C.: 100361149-6



## AUTORIA

Yo, **Cifuentes Michilena Daniela Carolina**, portadora de la cédula de ciudadanía N° 100361149-6, 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.

Cifuentes  
Michilena  
Daniela Carolina  
(f): .....

Firmado digitalmente por  
Cifuentes Michilena Daniela  
Carolina  
Fecha: 2024.08.23 02:07:38  
.0500

Cifuentes Michilena Daniela Carolina

C.C.: 100361149-6

**AUTORIA**

Yo, **López Terán Nathaly Andrea**, portadora de la cédula de ciudadanía N° 1004963144, 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.

López Terán  
Nathaly Andrea  
(f): .....  
Firma: López Terán  
Fecha: 2024.08.23  
0500

López Terán Nathaly Andrea

C.C.: 100496314-4

## DEDICATORIA

Este proyecto lo dedico primeramente a Dios por ser la razón por la cual estoy en este mundo y así cumplir su propósito, a mi hija Victoria por ser el motor de mi vida, a mis padres Edison (+) y Mirna ya que es el fiel ejemplo de superación, fuerza y valor, a mi hermana Karen, mis abuelos Jorge y Sonia, mis tíos, primos y de más familiares por ser mi apoyo y darme su tiempo en los días más difíciles y quienes me han ayudado siempre cuando he querido renunciar. A mi amiga Andrea mi compañera y mi más grande confidente, por ser la persona con la que hemos recorrido este viaje y la cual me ha enseñado que no se necesita ser familia para demostrarme su amor y comprensión.

Gracias a cada uno de ellos y decirles que nada en la vida es imposible cuando se quiere se puede con estudio, perseverancia, dedicación y lo más importante vocación y amor a la carrera.

Carolina Cifuentes

## **AGRADECIMIENTO**

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra por darme la oportunidad de educarme y guiarme en mi vida profesional, a sus docentes en especial a una excelente Licenciada, Carolina Armas (+), a mi tutora Mgs. Ruth Cifuentes por su guía y paciencia en la elaboración de mi proyecto, al GAD de la Parroquia Natabuela por su colaboración y apoyo en la realización del mismo.

Carolina Cifuentes

## DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico principalmente a mis padres Diego y Miryan que son mi motor de vida que con todo su esfuerzo, sacrificio y amor me han guiado en cada paso que doy, que me han permitido soñar y poder cumplir mis metas, que han confiado en mí y nunca han dudado, a mi hermana Paola por su amor y por su apoyo a lo largo de este proceso y a lo largo de mi vida, también a mis sobrinos Mathias y Paula quienes son mi fuente de fuerza y amor para seguir superándome como persona y como profesional.

A mi amiga Carolina que me ha permitido compartir con ella esta travesía muy bonita y me ha enseñado el verdadero significado de amistad, por ser mi confidente y tenerme paciencia este proceso que vivimos juntas. Y a todos mis seres queridos por ser parte de este camino y por brindarme su apoyo incondicional.

Andrea López

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme vida y salud para culminar mis estudios y cumplir mis metas y que me ha permitido llegar hasta aquí, a mi familia quienes han sido el pilar fundamental de este proceso académico, por brindarme incondicionalmente su apoyo y amor.

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por abrirme las puertas de su institución, en particular a los docentes que desempeñaron un papel fundamental en mi formación académica. A demás agradezco a la Mgs. Ruth Cifuentes excelente persona, directora y asesora de este trabajo investigativo quien con sus conocimientos y apoyo nos guio en cada paso de esta investigación para culminarla. También agradezco a mi compañera Carolina Cifuentes por permitirme compartir este proceso junto a ella y por brindarme su apoyo, paciencia y por confiar en mí.

Andrea López

## 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.....	xi
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	xii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT .....	xvii
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>1 CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
1.1 Situación Problemática.....	3
1.2 Objetivos de la Investigación.....	8
1.2.1 Objetivo General .....	8
1.2.2 Objetivos Específicos .....	8
1.3 Justificación.....	8
<b>2 CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>11</b>

2.1	Antecedentes.....	11
2.2	Marco teórico.....	13
2.2.1	Vejez y Envejecimiento.....	13
2.2.2	Estado de Salud.....	14
2.2.3	Funcionalidad del Adulto Mayor.....	14
2.2.4	Proceso del envejecimiento.....	15
2.2.5	Las enfermedades en el anciano.....	16
2.2.6	Calidad de Vida del Adulto Mayor.....	16
2.2.7	Valoración Geriátrica Integral (VGI).....	17
2.3	Bases legales.....	19
2.3.1	Constitución de la República del Ecuador.....	19
2.3.2	Ley Orgánica de Salud.....	20
2.3.3	Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.....	20
2.3.4	Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).....	21
2.3.5	Atención Primaria en Salud (APS).....	22
3	CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	23
3.1	Enfoque de la Investigación.....	23
3.2	Nivel de Investigación.....	23
3.3	Tipo de Investigación.....	23
3.4	Diseño de la Investigación.....	23
3.5	Población.....	23
3.6	Muestra.....	24

	xiv
3.7 Técnicas.....	25
3.8 Instrumentos de Investigación .....	25
3.9 Validación de los Instrumentos .....	26
3.10 Presupuesto del estudio .....	28
3.11 Cronograma de actividades .....	28
4 CAPITULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS .....	30
4.1 Valoración Clínica.....	30
4.2 Valoración Funcional .....	33
4.3 Valoración Cognitiva.....	35
4.4 Valoración Social .....	36
4.5 Valoración Afectiva.....	37
5 Conclusiones .....	38
6 Recomendaciones.....	40
7 Bibliografía .....	42
8 Anexos .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Presupuesto del estudio .....	28
Tabla 2 Descripción de cronograma de actividades Descripción de cronograma de actividades .....	28
Tabla 3 Distribución de la población por género, estado civil y número de hijos .....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la población por edad .....	30
Figura 2 Enfermedades presentes en la Población adulta mayor .....	32
Figura 3 Índice de masa corporal en los adultos mayores de Natabuela.....	32
Figura 4 Incapacidad física de la cruz roja.....	33
Figura 5 Escala SARCO-GS .....	34
Figura 6 KICA-COG: evaluación cognitiva.....	35
Figura 7 Situación social del adulto mayor.....	36
Figura 8 Cuadro de depresión presente en el adulto mayor .....	37

## RESUMEN

La valoración geriátrica integral es una herramienta que nos permite evaluar el estado de salud de los adultos mayores aplicando escalas que nos brindan datos sobre el nivel de deterioro del envejecimiento en la esfera clínica, funcional, cognitiva, social y afectiva del adulto mayor. **Objetivo General:** Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cinco esferas de valoración geriátrica integral en la Parroquia Natabuela, Antonio Ante

**Metodología:** El presente estudio posee un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de campo, con un diseño no experimental, aplicando las escalas de valoración clínica, escala de funcionalidad de incapacidad de la Cruz Roja y SARCO-GS, la escala de valoración cognitiva KIKA-Cog, escala de valoración sociofamiliar Gijón y la escala de valoración afectiva Yesavage mediante el empleo de la entrevista como técnica de recolección de datos y el manejo de la estadística descriptiva como la técnica de análisis e interpretación de datos.

**Resultados:** Los resultados obtenidos mediante el uso de las escalas de valoración a los 40 adultos mayores nos presentan que el rango de edad predominante es entre los 65 – 74 años con el 80% (32) mujeres y el 20% (8) hombres, se reflejan en los resultados que más del 75% de los adultos mayores presentan una incapacidad y un 85% presenta sarcopenia, un 45% presenta indicios de posible demencia, el 75% indica un riesgo social y 15% tienen un problema social y se puede evidenciar que existe un porcentaje alto con un 73% sin depresión y 28% posible depresión en la población adulta mayor de la parroquia Natabuela.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Valoración Geriátrica Integral, estado de salud

## ABSTRACT

The comprehensive geriatric assessment is a tool that allows us to evaluate the health status of older adults by applying scales that provide data on the level of deterioration of aging in the clinical, functional, cognitive, social and affective spheres of the older adult. **General Objective:** To describe the state of health of older adults through the measurement of the five spheres of integral geriatric assessment in the Natabuela Parish, Antonio Ante

**Methodology:** The present study has a quantitative descriptive and field approach, with a non-experimental design, applying the clinical assessment scales, the Red Cross disability functionality scale and SARCO-GS, the KIKA-Cog cognitive assessment scale, the Gijón social and family assessment scale and the Yesavage affective assessment scale, using the interview as a data collection technique and the use of descriptive statistics as a technique for data analysis and interpretation.

**Results:** The results obtained through the use of the assessment scales to the 40 older adults show us that the predominant age range is between 65 - 74 years with 80%(32) women and 20% (8) men, it is reflected in the results that more than 75% of older adults present a disability and 85% present sarcopenia, 45% present signs of possible dementia, 75% indicate a social risk and 15% have a social problem and it is evident that there is a high percentage of 73% without depression and 28% possible depression in the older adult population of the parish of Natabuela.

**Key words:** Aging, comprehensive geriatric assessment, health status.

## INTRODUCCIÓN

La investigación comenzó con una síntesis clara y una delimitación precisa del problema: la atención a la salud y la calidad de vida de los adultos mayores, especialmente en áreas rurales, sigue siendo insuficiente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) destacó el aumento en la atención a este grupo prioritario, describiendo el envejecimiento como un proceso continuo y multifacético que implica múltiples transformaciones biopsicosociales. A pesar de las mejoras en la atención médica, persisten notables diferencias entre las zonas urbanas y rurales, donde la falta de recursos y servicios de salud en el campo sigue siendo una barrera significativa.

Los objetivos de esta investigación se centraron en evaluar y describir el estado de salud de los adultos mayores en la parroquia de Natabuela perteneciente al Distrito 10D02 Antonio Ante-Otavalo- Salud. El objetivo general Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cinco esferas de valoración geriátrica integral en la Parroquia de Natabuela. Los objetivos específicos: Fundamentar teóricamente, Medir el estado de salud del adulto mayor en las cinco esferas de Valoración Geriátrica Integral (VGI) y Socializar los resultados al GAD Parroquial de Natabuela, Antonio Ante.

La justificación de esta investigación se enmarcó en la importancia y trascendencia del problema. El aumento de la población adulta mayor plantea retos significativos para los sistemas de atención médica. La transformación epidemiológica con un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles exige una evaluación detallada para desarrollar estrategias adecuadas de intervención. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) y otras instituciones han señalado la necesidad de adaptar los recursos y estrategias para enfrentar estos desafíos, especialmente en el contexto de la desigualdad entre áreas urbanas y rurales.

El estudio se estructuró en varios capítulos, cada uno abordando aspectos clave del problema. Inicialmente, en el Capítulo I el problema de estudio, donde se describió la situación

problemática, sus posibles causas, los sujetos de estudio y el área geográfica en la que la investigación se llevó a cabo. En el Capítulo II, se expone el estado del arte, es decir, los fundamentos científicos que sustentan la investigación, además de la definición de términos y bases legales.

Posterior, se presenta en detalle el Capítulo III. En este se especifica el enfoque, el tipo de estudio, las técnicas e instrumentos utilizados, la población y la muestra estudiada durante la investigación. Por último, en el Capítulo IV se presenta los resultados obtenidos en la investigación a través de tablas, gráficos y/o figuras estadísticas, las cuales se interpretaron tomando en cuenta los objetivos planteados en la investigación.

Finalmente, se discutieron los resultados y se formularon conclusiones basadas en la evaluación clínica y la recopilación de datos. Se subrayó la necesidad de estrategias de mejora de la calidad de vida para los adultos mayores, destacando la importancia de la VGI para identificar tempranamente a aquellos con mayor riesgo de mortalidad. La investigación concluyó que es crucial recopilar datos detallados para desarrollar intervenciones efectivas que garanticen el respeto de los derechos y la dignidad de los adultos mayores, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

**Líneas de investigación:** Vida Digna y Salud Integral

**Sublínea de investigación:** Salud y grupos vulnerables

# 1 CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Situación Problemática

Se desea investigar el estado de salud de los adultos mayores en la parroquia de Natabuela, analizando las condiciones físicas, mentales y sociales que afectan su calidad de vida. El problema radica en la falta de acceso adecuado a servicios de salud para los adultos mayores, especialmente en áreas rurales. Esta deficiencia se traduce en una atención médica insuficiente y en la incapacidad de manejar adecuadamente enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, lo que afecta negativamente la calidad de vida de esta población.

Los sujetos del problema son los adultos mayores de 65 años y más que residen en la parroquia de Natabuela. Este grupo incluye tanto hombres como mujeres, y se enfrenta a una serie de desafíos relacionados con su salud y bienestar.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), ha señalado la creciente preocupación por la atención médica de los adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas. El envejecimiento de la población es un fenómeno global, y los adultos mayores son especialmente vulnerables a una serie de condiciones de salud que requieren atención especializada. La OMS ha destacado la importancia de desarrollar sistemas de salud que puedan responder a las necesidades de esta población en crecimiento.

En la región de América Latina y el Caribe, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) ha documentado cambios demográficos significativos que están afectando la estructura por edades de la población. Con un aumento en el número de adultos mayores, la región enfrenta nuevos desafíos en términos de provisión de servicios de salud y apoyo social. La CEPAL ha subrayado la necesidad de políticas públicas que aborden estas cuestiones de manera integral, considerando las diversas necesidades de los adultos mayores.

En el contexto nacional, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC,

2023) ha documentado cambios demográficos significativos que están afectando la estructura por edades de la población. Con un aumento en el número de adultos mayores, la región enfrenta nuevos desafíos en términos de provisión de servicios de salud y apoyo social. La CEPAL ha subrayado la necesidad de políticas públicas que aborden estas cuestiones de manera integral, considerando las diversas necesidades de los adultos mayores.

En el contexto nacional, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2023), Ecuador ha experimentado un incremento en la población de adultos mayores. En 2023, se registraron 1.520.590 personas de 65 años y más, y se pudo identificar que hay más mujeres adultas mayores en Ecuador: 53.6% (815,136) mujeres frente a 46.4% (705,454) hombres. Este crecimiento plantea desafíos adicionales para el sistema de salud, especialmente en áreas rurales donde la infraestructura y los recursos son limitados. La falta de servicios adecuados en estas áreas exacerba las dificultades que enfrentan los adultos mayores, incluyendo el manejo de enfermedades crónicas y el acceso a cuidados especializados.

La crisis de salud en Ecuador es también una debilidad debido a la frecuente rotación de funcionarios en los sectores social y de salud, lo que ha cambiado la gobernabilidad interna de las instituciones y ha provocado problemas de salud que afectan directamente a este grupo de población. Estos problemas complican su estado de salud y aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades crónicas transmisibles o no transmisibles porque no hay suficiente supervisión y seguimiento (Vaccarro, 2023).

Según (Quintana, 2022) la población anciana es uno de los grupos más vulnerables del mundo, pero lo es especialmente en Ecuador. Son el blanco principal de los familiares, la sociedad y el gobierno. Los problemas más comunes que surgen son el abuso físico, psicológico y verbal, el abandono y la negligencia familiar. Estos problemas pueden surgir

por diversas razones, como la sobrecarga del cuidador o las circunstancias sociales en las que se encuentra. También pueden restringir el acceso de la persona mayor a la vivienda, la alimentación y la atención sanitaria.

Finalmente, a nivel local, se identifican las condiciones específicas de salud y las barreras en el acceso a servicios médicos en la parroquia de Natabuela. Este diagnóstico inicial es esencial para comprender las falencias existentes y para desarrollar estrategias que aborden de manera efectiva las necesidades de salud de los adultos mayores en esta localidad. La falta de infraestructura adecuada, la escasez de personal médico especializado y el desconocimiento sobre la importancia de la atención integral para los adultos mayores son problemas críticos que deben ser abordados.

Las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos son particularmente prevalentes entre los adultos mayores y representan una carga significativa para los sistemas de salud. Las enfermedades crónicas más comunes incluyen la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la artritis, entre otras. Estos problemas de salud a menudo requieren un manejo continuo y complejo, lo que puede ser especialmente desafiante en áreas rurales con recursos limitados.

Los síndromes geriátricos, que incluyen condiciones como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas y los estados delirantes, son comunes en los adultos mayores y requieren un enfoque integral y multidisciplinario para su manejo. La falta de acceso a servicios de salud adecuados puede llevar a un manejo inadecuado de estas condiciones, lo que a su vez puede resultar en una disminución de la calidad de vida y un aumento de la dependencia y la discapacidad.

Además de los desafíos físicos, los adultos mayores también enfrentan problemas mentales y sociales que afectan su bienestar general. La depresión, la ansiedad y la demencia son comunes en este grupo de población y pueden tener un impacto significativo

en su calidad de vida. La soledad y el aislamiento social son también problemas importantes, especialmente en áreas rurales donde las oportunidades de interacción social pueden ser limitadas.

El desconocimiento sobre la importancia de la atención integral para los adultos mayores es otra causa significativa del problema. Muchas comunidades no están adecuadamente informadas sobre las necesidades específicas de esta población y la importancia de un enfoque integral que incluya aspectos físicos, mentales y sociales. La falta de educación y sensibilización sobre estos temas puede llevar a una atención subóptima y a una falta de apoyo adecuado para los adultos mayores.

La desigualdad en la distribución de recursos de salud entre áreas urbanas y rurales es una causa subyacente importante del problema. En muchas regiones rurales, la infraestructura de salud es insuficiente y no hay suficientes profesionales de salud capacitados para atender las necesidades de los adultos mayores. Esto contrasta fuertemente con las áreas urbanas, donde hay más recursos y servicios disponibles.

Para el desarrollo de esta investigación, se tomó en consideración la parroquia de Natabuela, ubicada en la provincia de Imbabura. Esta parroquia alberga una cantidad considerable de adultos mayores cuyo estado de salud es una preocupación tanto para ellos como para la comunidad en general, ya que, para el momento, no se ha realizado una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que evidencie su verdadero estado de salud, sus factores de riesgo, padecimientos y necesidades específicas de atención médica y social.

En la población de Natabuela se pudo corroborar la presencia de un alto porcentaje de adultos mayores que padecen Hipertensión Arterial, enfermedades gastrointestinales por la carencia de buenas prácticas alimenticias, higiene y aseo, la localidad cuenta con el centro de salud Natabuela el cual brinda atención médica gratuita a la población, además existe el seguro campesino en beneficio de las personas afiliadas. Según datos estadísticos, el

creciente número de enfermedades que presentan las personas mayores es un factor de riesgo para el reposo en cama, la discapacidad y, en el peor de los casos, la mortalidad. Este estudio se realizó como consecuencia del desconocimiento del verdadero estado de salud y de las patologías que presenta la población anciana en la parroquia.

En conclusión, el problema de la falta de acceso adecuado a servicios de salud para los adultos mayores en la parroquia de Natabuela es multifacético y está influenciado por una serie de factores interrelacionados. Fue esencial realizar un diagnóstico detallado y una evaluación comprensiva de las condiciones físicas, mentales y sociales que afectan a esta población para desarrollar estrategias efectivas que aborden sus necesidades de manera integral. La comprensión de estas falencias y la identificación de las barreras específicas en el acceso a servicios de salud son pasos cruciales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en esta parroquia.

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cinco esferas de valoración geriátrica integral en la Parroquia Natabuela, Antonio Ante

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Fundamentar teóricamente la investigación a través de la revisión de fuentes bibliográficas.
- Medir el estado de salud del adulto mayor en las cinco esferas de Valoración Geriátrica Integral (VGI): clínica, cognitiva, funcional, mental y social, mediante la utilización de escalas certificadas.
- Socializar los resultados finales de la investigación al GAD Parroquial de Natabuela, Antonio Ante mediante un informe.

## **1.3 Justificación**

La investigación sobre el estado de salud de los adultos mayores en la parroquia de Natabuela se posiciona como un pilar esencial para anticipar y afrontar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional. La creciente población de adultos mayores y las múltiples barreras que enfrentan en el acceso a servicios de salud adecuados subrayan la necesidad de estudios como este. La comprensión de las condiciones físicas, mentales y sociales que afectan la calidad de vida de los adultos mayores es crucial para desarrollar políticas de salud inclusivas y equitativas.

Mirando hacia el futuro, la importancia de abordar las desigualdades en la atención médica entre las áreas urbanas y rurales se intensificará, especialmente en parroquias como Natabuela. La globalización y la urbanización continuarán

impactando las dinámicas rurales, y sin una intervención adecuada, la brecha en el acceso a servicios de salud podría ampliarse. Con la proyección de la Organización Mundial de la Salud de un aumento significativo en la población de adultos mayores en las próximas décadas, es de carácter dominante que las políticas de salud y los servicios evolucionen para satisfacer las necesidades de esta demografía.

En la región de América Latina y el Caribe, y específicamente en Ecuador, los cambios demográficos documentados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) indican que el enfoque en los adultos mayores será cada vez más prioritario. A medida que la población envejece, los sistemas de salud deben adaptarse para proporcionar atención integral y específica que aborde tanto las enfermedades crónicas como las necesidades de bienestar mental y social.

Este estudio, al identificar y describir las condiciones de salud de los adultos mayores en Natabuela, proporcionará datos críticos para informar y guiar la planificación de servicios de salud. Estos datos permitirán a los responsables y proveedores de salud desarrollar intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, asegurando que las políticas sean inclusivas y efectivas. Los beneficiarios directos de este estudio serán los adultos mayores de Natabuela, quienes se espera que reciban una atención médica más adecuada y ajustada a sus necesidades. Indirectamente, la parroquia en general también se beneficiará, ya que una población de adultos mayores saludable puede contribuir activamente a la sociedad.

En el futuro, se anticipa que la dispersión geográfica de la población mayor en áreas rurales y posibles resistencias culturales serán desafíos persistentes. Sin embargo, la implementación de métodos de recolección de datos culturalmente sensibles y accesibles, como entrevistas personales y cuestionarios adaptados,

mitigará estas limitaciones. La utilización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como instrumento metodológico permitirá una evaluación holística y detallada de las condiciones de salud de los adultos mayores, proporcionando una base sólida para la intervención.

La originalidad y relevancia futura de este estudio radican en su enfoque específico en una parroquia, ofreciendo una perspectiva única y valiosa que puede aplicarse a otras parroquias con condiciones similares. La factibilidad del estudio se verá reforzada por el uso de metodologías probadas y la colaboración con profesionales de salud locales, asegurando que los resultados sean significativos y accionables.

## 2 CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE

### 2.1 Antecedentes

El artículo de (Rodríguez, 2022). El primer párrafo del resumen menciona que el aumento de la población de personas mayores es una tendencia mundial y establece como objetivo evaluar el estado funcional e integral de los adultos mayores en la localidad de Peñas Altas. El método utilizado fue una investigación descriptiva y transversal realizada en el Policlínico Universitario Mario Muñoz Monroy de Guanabo, en el periodo de enero a septiembre de 2021. La muestra consistió en 1435 adultos mayores. Se recopiló información a través del análisis de la situación de salud del sector, historias de salud familiar e individual, y se aplicó un cuestionario basado en la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF), el índice de Katz y Lawton-Brody. Los resultados mostraron que hubo un predominio del sexo femenino, las edades de 60 a 69 años y el grupo etario III. Las mayores alteraciones se encontraron en el uso de medicamentos, movilidad y equilibrio, la memoria y la situación económica. La investigación concluye que existe un predominio de las alteraciones del estado funcional e integral en el sexo femenino.

El presente estudio realizado por (Hidalgo, 2024) se centra en describir el estado de salud de las personas adultas mayores de la comunidad de Yuracruz durante el periodo de octubre 2023 a febrero 2024. El objetivo principal de la investigación es evaluar integralmente la salud de los adultos mayores a través de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica. Los objetivos específicos abarcan fundamentar teóricamente el estudio, analizar los resultados obtenidos y socializar las conclusiones mediante la presentación de un informe y la defensa del tema.

La metodología empleada en este estudio posee un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de campo, con un diseño no experimental y transversal. Se utilizan herramientas de medición estandarizadas, como encuestas, escalas y cuestionarios. La investigación se alinea

con el Modelo de Atención en Salud Integral, Familiar, Comunitario e Individual (MAIS FCI) y se adhiere al enfoque del Envejecimiento Saludable. Los principales hallazgos indican que más del 80% de los adultos mayores presentan alguna forma de incapacidad, y un alto porcentaje muestra problemas de sarcopenia, posible demencia, riesgos sociales y depresión. Asimismo, la falta de un centro de salud en la comunidad rural de Yuracruz limita el acceso a servicios de atención médica adecuados para este grupo poblacional, evidenciando la necesidad de mejorar la infraestructura sanitaria en áreas rurales para garantizar una atención integral y oportuna.

Las autoras del trabajo de investigación (Castillo & Enríquez, 2024) abordaron el problema principal de la investigación relacionado con el estado de salud de la población adulta mayor en la comunidad de Imantag Centro del Cantón Cotacachi. El objetivo del estudio fue realizar una evaluación detallada de las diferentes esferas de la valoración geriátrica integral (VGI) en esta población para comprender su estado de salud en aspectos clínicos, funcionales, mentales, sociales y otros relevantes.

En cuanto a la metodología utilizada, se empleó un enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo de investigación. Se recolectaron datos a través de encuestas estructuradas y fichas familiares, en un diseño de investigación no experimental y de campo no probabilístico. Se respetaron los principios éticos fundamentales, se fomentó la participación comunitaria y se garantizó la viabilidad bioética del estudio.

Las conclusiones o productos de la investigación incluyeron un análisis detallado de los datos recopilados en las diferentes esferas de la VGI, identificando áreas de intervención y posibles mejoras en la calidad de vida de la población adulta mayor. Se destacó la importancia de implementar estrategias preventivas y de promover la colaboración comunitaria para el bienestar de este grupo de atención prioritaria.

Wanden (2021) refiere que la Valoración Geriátrica Integral (VGI) es esencial tanto en

hospitales, como en la atención primaria, ya que esta ofrece un enfoque holístico y de calidad para los ancianos, abordando aspectos médicos, funcionales, mentales, emocionales y sociales. Facilita la colaboración interdisciplinaria para diseñar estrategias de tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el objetivo de mejorar la independencia y calidad de vida. Además, optimiza la precisión diagnóstica, identifica problemas no previamente detectados, facilita tratamientos adecuados y proporciona una comprensión integral del paciente y su entorno.

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 Vejez y Envejecimiento**

La vejez y el envejecimiento son términos diferentes, aunque están correlacionados entre sí, existen diversas definiciones según sea el autor que se refiere a los términos, pero de manera generalizada, el envejecimiento es un proceso que tiene origen en el nacimiento y termina con la muerte; no obstante, existen autores que aseguran que este no es el resultado del tiempo, más bien forma parte de la etapa final de la vida que forma parte del proceso de envejecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el envejecimiento es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares que se producen en un largo tiempo, que además trae la disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, y mayor posibilidad de desarrollar enfermedades e incluso la muerte. Para Mendoza (2019) envejecer es un proceso adaptativo y gradual, que tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. Para este autor, es más bien un proceso que ocurre en el tiempo.

Según la Constitución de la República del Ecuador, un adulto mayor es aquella persona que ha cumplido 65 años o más. También presentan un deterioro en sus capacidades físicas, psicológicas y mentales, aunque no todas las personas experimentan el mismo deterioro en su integridad, calidad de vida o cuidado personal. Se ha establecido que los adultos mayores son personas que han sufrido cambios a lo largo de los años y que necesitan atención adicional a medida que envejecen para mejorar su calidad de vida y envejecer de

manera saludable ( Constitución de la República del Ecuador , 2008).

### **2.2.2 Estado de Salud**

El estado de salud abarca el bienestar físico, mental y social de un individuo, en un momento dado. Se trata de un equilibrio dinámico influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos, así como por la interacción entre el individuo y su entorno. La comprensión y análisis de los determinantes que inciden en el estado de salud es esencial para abordar los desafíos actuales en el ámbito de la salud pública. Dichos factores se desglosan en dos categorías fundamentales: los intrínsecos y los extrínsecos (Razo, Castillo, & Martha, 2018).

El proceso de envejecimiento se caracteriza por alteraciones y modificaciones derivadas de la interacción entre factores intrínsecos (genéticos) y factores extrínsecos, como los ambientales, ya sean protectores o agresores (factores de riesgo), a lo largo de la vida. Estos cambios se evidencian en declives en la salud que influyen en el deterioro funcional, conduciendo a los adultos mayores a situaciones de incapacidad, como la inmovilidad, la inestabilidad y el deterioro cognitivo (González & Cardentey, 2016).

### **2.2.3 Funcionalidad del Adulto Mayor**

La funcionalidad se define como la habilidad de un individuo para llevar a cabo de manera efectiva las actividades diarias. La dependencia funcional representa un significativo problema de salud pública, ya que se encuentra estrechamente vinculada con la mortalidad, discapacidades, enfermedades crónicas, trastornos mentales, problemas sociales y una baja calidad de vida, así como el desafío sustancial para la salud pública, los adultos mayores han adquirido una notoria importancia en las investigaciones orientadas a prevenir y fomentar el mantenimiento de su funcionalidad.

El envejecimiento y la falta de actividad física constituyen elementos determinantes en la disminución de las capacidades físicas y mentales, con repercusiones en el bienestar emocional, dando lugar a la depresión en la mayoría de los adultos mayores. Este fenómeno

tiene un impacto significativo en la funcionalidad de las actividades diarias. Adicionalmente, las diversas comorbilidades presentes en esta etapa de la vida contribuyen a intensificar las limitaciones de salud en estos pacientes, afectando su calidad de vida (Pérez, Martínez, & Reyes, 2023).

#### **2.2.4 Proceso del envejecimiento**

Es un proceso biológico inherente, provoca cambios en la estructura y función del organismo a lo largo del tiempo, manifestándose de forma diversa en distintas especies. En humanos, abarca aspectos cronológicos, biológicos, psíquicos y funcionales, influenciados por factores genéticos y ambientales (Allende, 2020). A continuación, se describen algunos aspectos claves del proceso de envejecimiento en humanos:

##### **2.2.4.1 Cambios Físicos**

Pérdida de elasticidad en la piel, resultando en arrugas y flacidez, disminución de la densidad ósea y pérdida de masa muscular, cambios en la visión, como la presbicia (dificultad para enfocar de cerca). Pérdida de audición relacionada con la edad, cambios en la distribución y coloración del cabello.

##### **2.2.4.2 Cambios Cognitivos:**

Ralentización de la velocidad de procesamiento cognitivo, disminución de la memoria a corto plazo, posibles cambios en la capacidad de aprendizaje y en la toma de decisiones. Mayor riesgo de trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer.

##### **2.2.4.3 Cambios en la Salud Mental:**

Aumento del riesgo de trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, variaciones en la salud emocional y adaptación a cambios de vida significativos.

#### **2.2.4.4 Cambios Sociales y Emocionales:**

Ajuste a cambios en las relaciones familiares y sociales, enfrentamiento de la jubilación y adaptación a nuevas rutinas diarias. Reflexión sobre la vida y acumulación de sabiduría a lo largo de los años.

#### **2.2.4.5 Factores Genéticos y Ambientales:**

La genética juega un papel en la predisposición a ciertos aspectos del envejecimiento, factores ambientales, como la dieta, el ejercicio y el entorno, también influyen en el proceso (Allende, 2020).

#### **2.2.5 Las enfermedades en el anciano.**

La vejez conlleva una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que pueden hacer al anciano más vulnerable a enfermedades. Sin embargo, esto no implica que la vejez sea una enfermedad en sí misma ni que existan enfermedades exclusivas de esta etapa de la vida. Lo que ocurre es que algunas enfermedades tienen una mayor incidencia a ciertas edades y pueden tener consecuencias significativas para el anciano (Grupo Oceano , 2019).

##### **2.2.5.1 Características de las patologías en el envejecimiento**

Según el Grupo Oceano, (2019) los profesionales que cuidan a personas ancianas reconocen que la pluripatología y los síntomas peculiares son comunes en este grupo de edad. Estos síntomas pueden: No ser tan evidentes como en los adultos más jóvenes a menudo se manifiestan de forma silenciosa o incluso pueden no aparecer.

Las enfermedades en los ancianos tienden a cronificarse, lo que puede limitar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria y requerir adaptaciones por parte del anciano y su familia. Van acompañados de problemas psicológicos y sociales en respuesta.

#### **2.2.6 Calidad de Vida del Adulto Mayor**

La calidad de vida es “aquella percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus

objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 2022).

Los determinantes de la calidad de vida de los individuos varían según la edad, el sexo, las condiciones de salud físicas y mentales y la residencia; también depende de los factores socioeconómicos y la escolaridad. Pero en el caso de las PAM depende ampliamente del ciclo que vida que hayan llevado y de las características del envejecimiento (Huenchuan, 2018).

La calidad de vida de la vejez está determinada por diversas dimensiones que tienen relevancias similares y que repercuten de la misma forma en el individuo, ya que existen hábitos tóxicos, sedentarismo, mala alimentación y factores que modifican la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas. El conjunto de bienestar percibido por las personas depende del cumplimiento de las necesidades humanas, estas se pueden considerar a partir de la pirámide de Maslow, y cambian según las necesidades y la etapa de la vida, al igual que según la prioridad (Martínez, 2020).

### **2.2.7 Valoración Geriátrica Integral (VGI)**

La valoración Geriátrica Integral (VGI), es un proceso diagnóstico que se realiza con la intención de determinar el estado general de salud de un adulto mayor. En base a la prevalencia de enfermedades y diversas alteraciones no identificadas en la población, la VGI tiene la capacidad de realizar un proceso diagnóstico susceptible, dinámico y estructurado con el fin de detectar y realizar una cuantificación de las problemáticas, necesidades y conjunto de capacidades que posee en adulto mayor en el contexto clínico, funcional, mental y social. A partir de lo anterior, se pueden planificar estrategias de intervención, tratamiento, programas sociales y a su vez seguimientos de los hallazgos, con el fin de lograr una mejora y agrado en la independencia y calidad de vida del adulto mayor (Berghe, 2021).

La VGI se realiza siguiendo una secuencia específica de pruebas y evaluaciones para obtener una visión completa de la salud y las necesidades del adulto mayor. A continuación,

se presenta un orden típico en el que se pueden llevar a cabo las diferentes esferas:

#### **2.2.7.1 Esfera clínica**

Se lleva a cabo una evaluación completa de la salud física de la persona mayor, que incluye recopilar antecedentes médicos, realizar un examen físico detallado, evaluar la presencia de enfermedades crónicas, revisar la medicación actual e identificar posibles factores de riesgo para la salud. Esta valoración es esencial para detectar y abordar de manera temprana cualquier problema de salud que pueda afectar al adulto mayor (MIES, 2021).

#### **2.2.7.2 Esfera funcional**

El objetivo es obtener información sobre la capacidad de las personas mayores para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se ha observado que aquellos con menor independencia tienen más probabilidades de ser institucionalizados y experimentar hospitalizaciones y mortalidad. Por lo tanto, es importante estudiar y dar seguimiento a este aspecto de la evaluación (MIES, 2021).

#### **2.2.7.3 Esfera mental o cognitiva**

Analiza el estado cognitivo de las personas mayores, abordando áreas como el pensamiento, la memoria, la percepción y la comunicación. El deterioro mental puede desencadenar síndromes geriátricos graves, como la pérdida de autonomía, la incontinencia y las caídas. La evaluación mental permite detectar estos deterioros y actuar tempranamente de manera preventiva para preservar la autonomía. Es esencial considerar la familia en el tratamiento, ya que el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas se basan en la comprensión tanto del paciente como de su entorno familiar (MIES, 2021).

#### **2.2.7.4 Esfera afectiva**

Se enfoca en evaluar cómo los adultos mayores perciben su propia satisfacción y felicidad en la vida, un área frecuentemente subestimada y poco atendida en este grupo demográfico. Sin embargo, el bienestar emocional de los adultos mayores es crucial para su

calidad de vida y salud. Investigaciones han demostrado que la depresión en este grupo conduce a problemas de salud como malnutrición y deterioro funcional, aumentando así la demanda de servicios de salud públicos (MIES, 2021)

Así mismo, dicha esfera permite detectar la presencia de depresión y demencia en adultos mayores, se considera que esta puede ser el resultado de eventos vitales como la soledad o el duelo, así como de factores médicos como accidentes cerebrovasculares o enfermedades como Parkinson o Alzheimer (MIES, 2021).

## **2.3 Bases legales**

### **2.3.1 Constitución de la República del Ecuador**

Para garantizar los derechos de los adultos mayores, la Constitución de la República del Ecuador establece varios artículos fundamentales que deben ser considerados por el Estado y todas las instituciones públicas y privadas. En sus artículos 32, 36, y 38 reza lo siguiente:

**Art. 32.-** “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 34).

**Art. 36.-** “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 35).

**Art. 38.-** “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de

las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 36).

### **2.3.2 Ley Orgánica de Salud**

La legislación concerniente a la salud es un componente fundamental en la estructura de una sociedad, delineando los principios, derechos y responsabilidades que rigen este ámbito crucial. En este contexto, los artículos 3 y 13 representan un marco legal integral que busca no solo abordar la salud como una condición médica, sino como un componente esencial de la vida en sociedad.

**Art. 3.-** “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables” (Ley orgánica de salud, 2006).

**Art. 13.-** “Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general” (Ley orgánica de salud, 2006).

### **2.3.3 Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores**

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores tiene como objetivo central establecer normativas para asegurar el bienestar, protección y pleno ejercicio de los derechos de este grupo. También busca abordar medidas que garanticen el acceso a servicios esenciales, como salud, vivienda, recreación y participación social, considerando las

necesidades específicas de los adultos mayores. A continuación, se detallan los artículos 9 y 10, fundamentales para el desarrollo del estudio.

**Art. 9.-** Deberes del Estado. Corresponde al Estado los siguientes deberes:

i) “Establecer los mecanismos y las herramientas necesarias para garantizar que la ciudadanía y las organizaciones de la sociedad civil, realicen el seguimiento, identificación de indicadores, impacto y control social respecto a la implementación de las políticas públicas, programas y proyectos dirigidos a las personas adultas mayores” (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2019).

**Art. 10.-** Corresponsabilidad de la sociedad. Es corresponsabilidad de la sociedad:

b) “Interponer las acciones correspondientes, ante las autoridades competentes y actuar de manera inmediata frente a situaciones de vulnerabilidad que afecten a las personas adultas mayores”.

c) “Contribuir en la vigilancia y control de las acciones y medidas para su protección”.

e) “Cumplir con los estándares de calidad y accesibilidad para la prestación de los servicios, de salud, educación y cultura para las personas adultas mayores” (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, 2019).

#### **2.3.4 Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)**

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), asumiendo la responsabilidad de garantizar servicios con normas y estándares de alta calidad, ha creado una norma técnica para la población adulta mayor con enfoque en derechos; la cual percibe el envejecimiento como una opción para la ciudadanía activa y el envejecimiento positivo para una vida digna y saludable. La norma reglamentada busca la prevención, protección y restitución de los derechos de esta población, a través de la atención integral, implementando acciones para fortalecer su bienestar físico, social y mental con el fin de promover el

envejecimiento activo y saludable (MIES, 2019).

En este sentido, la norma técnica regulada por el MIES dirigida a la población adulta mayor en Ecuador es fundamental para garantizar la atención integral de las personas mayores, considerando sus necesidades y privilegiando sus derechos. La norma técnica se enfoca en proteger los derechos de la población adulta mayor, lo que implica establecer medidas legales adecuadas que protejan a esta población y reducir cualquier forma de vulneración de sus derechos (MIES, 2019).

### **2.3.5 Atención Primaria en Salud (APS)**

La atención primaria en salud (APS) destaca la importancia del envejecimiento saludable como parte integral de sus objetivos. En el contexto de la atención primaria, se promueve una aproximación holística que va más allá del tratamiento de enfermedades y se centra en la prevención, la promoción de la salud y el bienestar general de las personas, principalmente a los adultos mayores (Saraiva & Henrique, 2022).

Se establece como meta para este año 2022 realizar esfuerzos significativos en relación con la prevención del envejecimiento patológico al identificar de manera precoz enfermedades vinculadas con la edad, como Alzheimer, ictus, infarto agudo de miocardio, artrosis y artritis, Parkinson, osteoporosis, problemas de audición o visión, hipertensión, diabetes, entre otras. (OMS, 2022).

### **3 CAPITULO III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque de la Investigación**

En el presente trabajo de investigación se utilizó un enfoque cuantitativo basado en la medición numérica y el análisis estadístico, dadas por los instrumentos validados internacionalmente aplicados y así recoger información sobre el estado de salud de los adultos mayores. Los datos se sistematizaron mediante herramientas estadísticas para alcanzar los objetivos propuestos.

#### **3.2 Nivel de Investigación**

La siguiente investigación es descriptiva porque se utilizó escalas de Valoración Geriátrica Integral; así poder interpretar y describir situaciones del envejecimiento y el estado de salud de los adultos mayores en la parroquia Natabuela.

#### **3.3 Tipo de Investigación**

El estudio fue de campo no probabilístico ya que la información se recolecto directamente de la Población Adulta Mayor y la colaboración del GAD parroquial de Natabuela con la ayuda de información sobre la ubicación domiciliaria y así como la logística de las visitas de las mismas.

#### **3.4 Diseño de la Investigación**

Se realizó un diseño no experimental transversal ya que permitió observar y analizar el entorno en el que aplicamos la investigación sin la necesidad de manipular variables en un tiempo definido.

#### **3.5 Población**

La población objeto de estudio en esta investigación está compuesta por un universo de 40 adultos mayores, pertenecientes a la parroquia de Natabuela, específicamente a partir de los 65 años de edad. La elección de este grupo demográfico se basa en la relevancia de sus características compartidas, tales como la edad avanzada, la ubicación geográfica.

### 3.6 Muestra

Para el presente estudio se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, se seleccionó este tipo de muestreo a la investigación ya que este diseño no probabilístico permitió que la elección de los elementos no dependa de la probabilidad, sino de características o causas específicas relacionadas con la investigación, además de la búsqueda de características principales dentro de la población que permitieran mantener la fiabilidad de la información y cumplir con el objetivo general. Es por ello, que después de un tamizaje primario más el cotejo en la parte de los criterios, se determinó como muestra el trabajo con 40 personas adultas mayores tomando en cuenta los siguientes parámetros:

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 65 a 96 años.
- Poseer un nivel de independencia y hasta un nivel de dependencia leve.
- Personas adultas mayores sin deterioro cognitivo o en su defecto hasta un grado leve o moderado.
- Que firmen o coloque huella en el consentimiento informado, que hablen castellano.

#### **Criterio de exclusión:**

- Adultos mayores que hablen el idioma quichua y que no firmen el consentimiento informado.
- Todo adulto mayor que tuviera discapacidad visual o auditiva o que dificultara llevar a cabo una adecuada Valoración Geriátrica Integral.
- Adultos mayores con deterioro cognitivo muy alto que impidiera la ejecución de la evaluación geriátrica integral.
- Adulto mayor que por alguna razón médica u otro motivo de relevancia por lo que no se encontrará en el momento de la aplicación de las escalas.

### **3.7 Técnicas**

El método que se usó en esta investigación fue la aplicación de encuestas conformadas por instrumentos validados internacionalmente. Para la recolección de los datos, se procedió a aplicar estas encuestas de manera personalizada a cada adulto mayor que conformaba la muestra, de la parroquia Natabuela.

### **3.8 Instrumentos de Investigación**

#### **3.8.1.1 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. En el aspecto cognitivo esta escala consta de 16 preguntas, evaluando orientación, comprensión verbal, memoria y praxis. 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, y otros, 2021)

#### **3.8.1.2 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, sus parámetros indican sarcopenia a una puntuación  $\geq 3$  puntos (Rosas, Omaña, Garcia, & Armando, 2023).

#### **3.8.1.3 Escala funcional de incapacidad física de la CRUZ ROJA.**

Utilizada para evaluarla 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. El nivel cero indica

independencia total, mientras que el nivel cinco indica incapacidad física con dependencia máxima (Gonzales, Gandoy, & Clemente, 2017).

#### **3.8.1.4 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, 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)

#### **3.8.1.5 Evaluación de depresión YESAVAGE.**

Esta herramienta evalúa síntomas de depresión y los componentes de la salud social, consta de 15 ítems, 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 (Federacion Europea den Asociaciones de Psicologos, 2021).

### **3.9 Validación de los Instrumentos**

Estos instrumentos han sido validados internacionalmente, la escala de KIKA-Cog fue validada por el Dr. José Antonio Martínez-Lage en el año 2001. La escala de SARCOGS fue validada por el Dr. Mauricio Madariaga en el año 2019. La escala de la Cruz Roja fue publicada por primera vez en el año 1972 y desarrollada en el Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid. Por otra parte, la escala de Valoración Sociodemográfica de Gijón (EVSOG) fue validada por el Dr. José Antonio Fernández García en el año 1993. Finalmente, la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-30) fue validada por Thomas Brink y John Yesavage en el año 1982.

### 3.1 Viabilidad Bioética

El consentimiento informado brinda información detallada sobre procedimientos médicos o de investigación, permitiendo que las personas tomen decisiones informadas y voluntarias. Este proceso ha sido validado por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos de Quito (CEISH).

En el ámbito de la bioética, el consentimiento informado desempeña una función esencial. La bioética implica la evaluación ética de temas vinculados con la vida, la salud y la investigación biomédica.

Al obtener el consentimiento informado, se pretende garantizar que los participantes comprendan cabalmente los aspectos éticos y morales de su participación en procedimientos médicos o investigaciones. Algunos de los principios clave asociados con la viabilidad bioética y el consentimiento informado incluyen:

- **Autonomía del paciente:** El consentimiento informado respeta la autonomía del paciente al permitir tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su propia atención médica o participación en investigaciones.
- **Beneficencia y No maleficencia:** El consentimiento informado también garantiza que los pacientes estén al tanto de los posibles beneficios y riesgos asociados con los procedimientos o tratamientos propuestos, permitiéndoles examinar estas consideraciones al tomar decisiones.
- **Justicia:** Esto asegura que los participantes en la investigación sean tratados de manera justa y que no se les imponga una carga desproporcionada. Esto incluye garantizar que la información proporcionada sea comprensible y relevante para los participantes.
- **Transparencia y honestidad:** La información proporcionada durante el proceso de consentimiento informado debe ser clara, completa y honesta.

- **Revisión Ética:** La mención de que el proceso de consentimiento informado ha sido validado por un Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos destaca la importancia de la revisión ética en la toma de decisiones relacionados con la investigación.

### 3.10 Presupuesto del estudio

**Tabla 1 Presupuesto del estudio**

<b>RUBRO</b>	<b>VALOR</b>
Materiales y suministros	\$50
Material bibliográfico	\$40
Transporte	\$50
Licencia de software	0
Imprevistos	\$50
Asesoría externa	\$30
<b>Inversión</b>	<b>\$ 220</b>

*Nota:* Elaborado por las autoras (2024)

### 3.11 Cronograma de actividades

**Tabla 2 Descripción de cronograma de actividades**

<b>Actividad</b>	<b>Mes 1</b>	<b>Mes 2</b>	<b>Mes 3</b>	<b>Mes 4</b>	<b>Mes 5</b>	<b>Mes 6</b>
Búsqueda de literatura y estudios previos	X					
Análisis y síntesis de la literatura encontrada	X	X				
Redacción de la revisión de la literatura		X				
Diseño de la encuesta y entrevistas		X				
Validación del instrumento con expertos		X				
Aplicación de la encuesta y entrevistas a los adultos mayores de Natabuela			X	X		
Recolección y organización de los datos				X		
Análisis de datos					X	
Interpretación de los resultados					X	

---

Elaboración del informe final de investigación	X
Presentación de los resultados	X
Entrega del informe final al GAD parroquial de Natabuela.	X

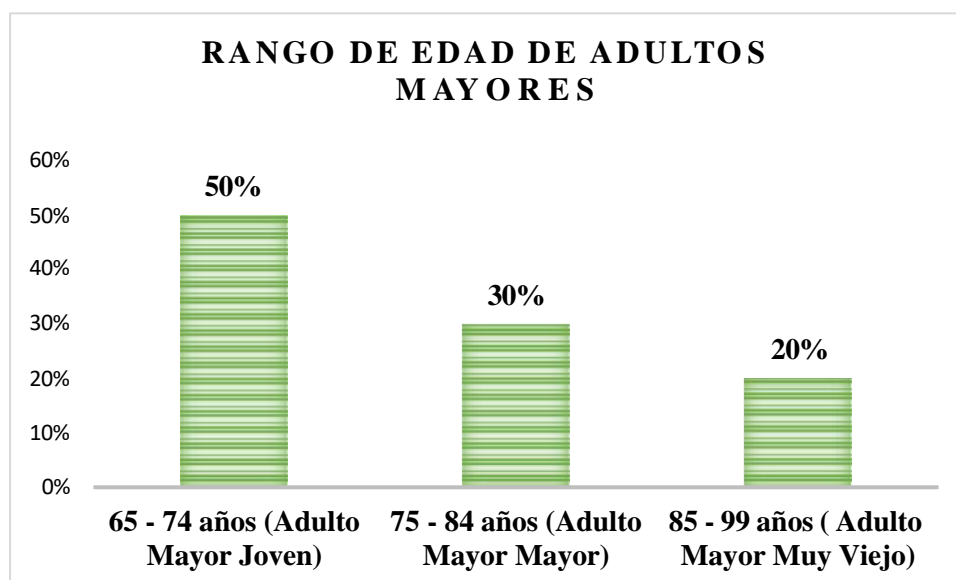
---

*Nota:* Elaborado por las autoras (2024)

## 4 CAPITULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS

### 4.1 Valoración Clínica

**Figura 1 Distribución de la población por edad**



*Nota.* El grafico muestra la distribución de la edad en la población del estudio.

Elaborado por las autoras

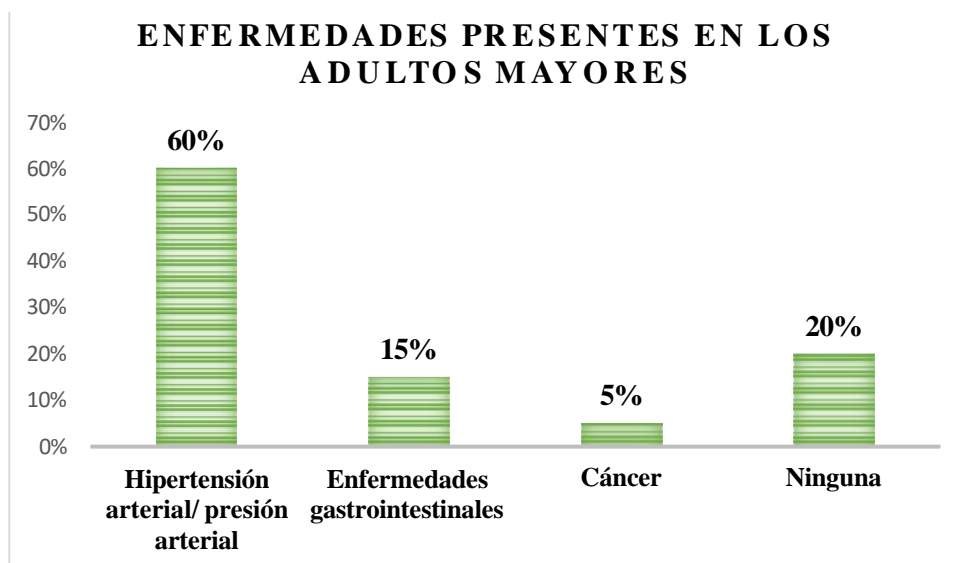
La distribución de la población por edad en Natabuela revela que el 50% de los adultos mayores se encuentra en el rango de 65 a 74 años, seguido de un 30% entre 75 y 84 años, y un 20% entre 85 y 99 años. Este perfil etario indica una mayoría de adultos mayores en las etapas iniciales de la tercera edad, lo que subraya la necesidad de atención preventiva y de manejo de enfermedades crónicas para mantener la funcionalidad y calidad de vida a largo plazo. Estos datos son consistentes con las tendencias globales de envejecimiento y reflejan la necesidad de fortalecer los servicios de salud adaptados a esta población, particularmente en áreas rurales donde los recursos y el acceso a servicios especializados son limitados.

**Tabla 3 Distribución de la población por género, estado civil y número de hijos**

<b>Variables</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	
Mujer	80%
Hombre	20%
<b>Estado civil</b>	
Soltero	25%
Casado	25%
Divorciado	10%
Viudo	40%
<b>Número de hijos</b>	
No tengo hijos	15%
1 a 3	40%
De 4 a 6 hijos	35%
7 o más hijos	10%

*Nota.* Elaborado por las autoras

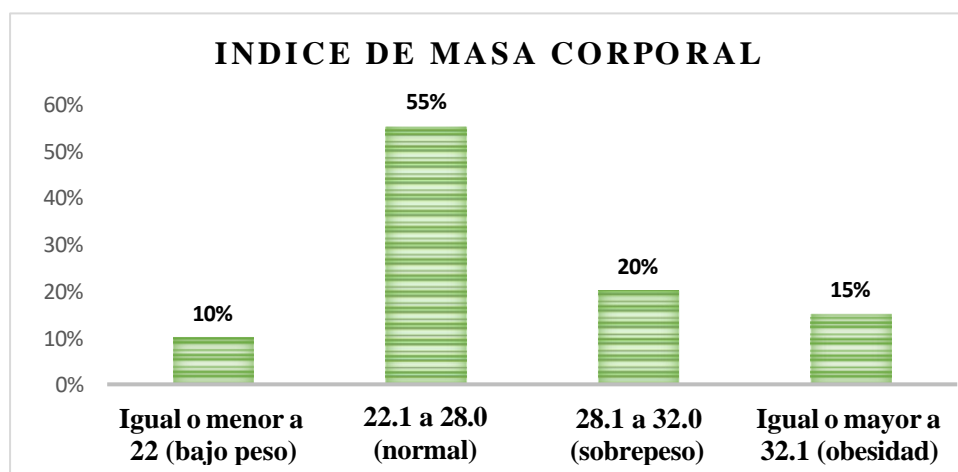
La distribución de la población de adultos mayores en Natabuela según género muestra una prevalencia de mujeres (80%) sobre hombres (20%), lo que es común en poblaciones de edad avanzada debido a la mayor esperanza de vida femenina. En cuanto al estado civil, el 40% son viudos, seguido por un 25% de solteros, un 25% de casados y un 10% de divorciados. Esto destaca la vulnerabilidad de las mujeres viudas y solteras, que pueden enfrentar mayores desafíos de soledad y necesidad de apoyo social. En términos de número de hijos, el 40% tiene entre 1 y 3 hijos, el 35% tiene entre 4 y 6 hijos, el 10% tiene 7 o más hijos, y el 15% no tiene hijos, lo cual sugiere una red de apoyo potencialmente diversa pero también desigual, que influye en la disponibilidad de cuidados y asistencia en la vejez.



Nota. Elaborado por las autoras

El gráfico muestra que la hipertensión arterial o presión arterial alta es la enfermedad más prevalente entre los adultos mayores de Natabuela, afectando al 60% de la población estudiada. Esta condición es seguida por enfermedades gastrointestinales, que afectan al 15% de los adultos mayores, y el cáncer, con una prevalencia del 5%. Es notable que un 20% de los adultos mayores no reporta tener ninguna de estas enfermedades, lo cual puede ser indicativo de una mejor calidad de vida o falta de diagnóstico. Estos resultados subrayan la necesidad de un enfoque de salud integral que aborde la alta prevalencia de enfermedades crónicas, especialmente la hipertensión, y que promueva una detección y manejo adecuados de estas condiciones para mejorar la calidad de vida en esta población.

Figura 3 Índice de masa corporal en los adultos mayores de Natabuela

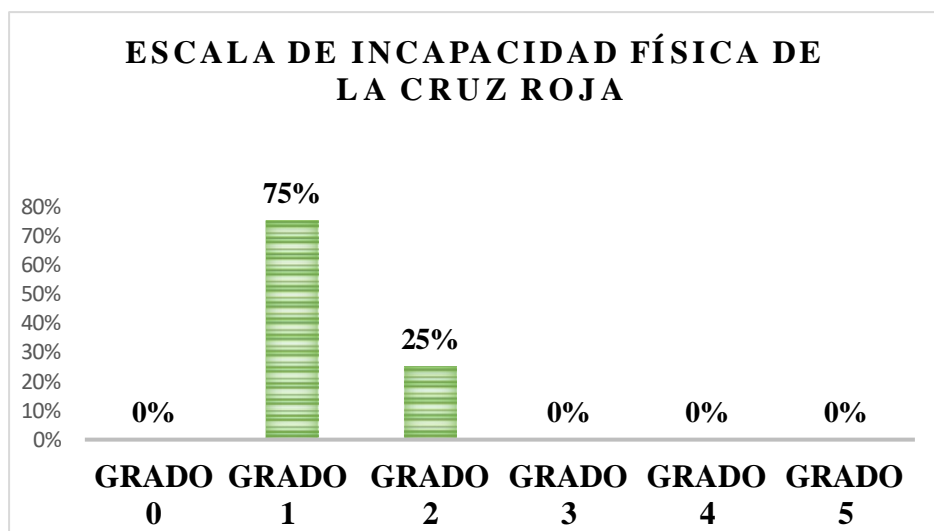


*Nota.* Elaborado por las autoras

El gráfico sobre el Índice de Masa Corporal (IMC) en los adultos mayores de Natabuela revela que la mitad de la población (55%) tiene un IMC en el rango normal (22.1 a 28.0). Sin embargo, un 20% de los adultos mayores presentan sobrepeso, con un IMC entre 28.1 y 32.0, y un 15% tiene obesidad, con un IMC igual o mayor a 32.1. Además, el 10% de la población está clasificada como bajo peso, con un IMC igual o menor a 22. Estos datos sugieren una distribución significativa de IMC que varía desde bajo peso hasta obesidad, lo cual implica diferentes riesgos y necesidades de atención médica y nutricional para esta población. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, que suma un 35%, indica la necesidad de intervenciones en salud para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades relacionadas con el peso en esta comunidad.

## 4.2 Valoración Funcional

**Figura 4** Incapacidad física de la cruz roja

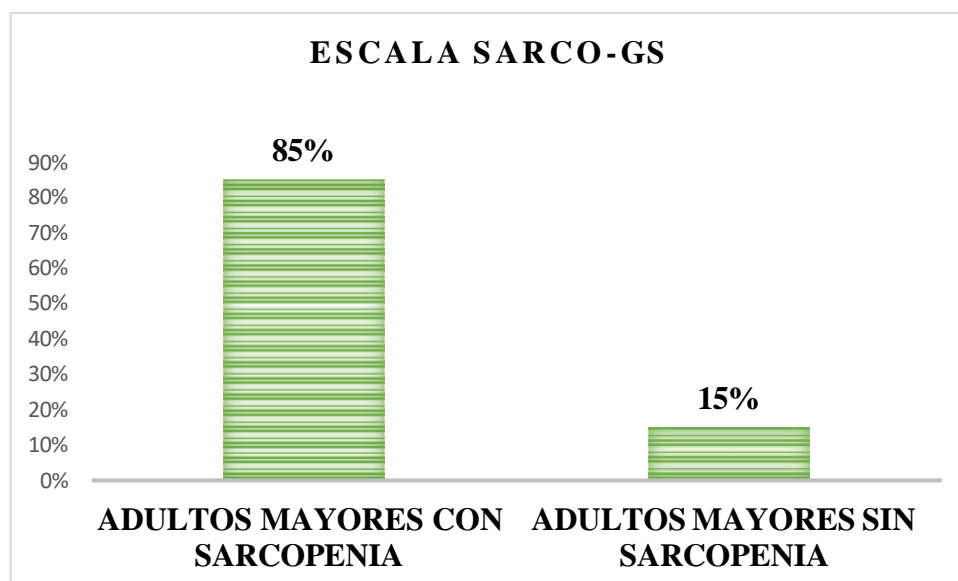


*Nota.* Elaborado por las autoras

En la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja aplicada a los adultos mayores de Natabuela, el 75% de los participantes se encuentran en el Grado 1, indicando una discapacidad leve, y el 25% en el Grado 2, reflejando una discapacidad moderada, sin casos en los grados 0, 3, 4 y 5.

3, 4, o 5. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos en comunidades rurales de América Latina, que también muestran una alta prevalencia de discapacidades leves y moderadas. Las investigaciones futuras deben enfocarse en desarrollar programas de ejercicios físicos adaptados y educación sobre el manejo de enfermedades crónicas, así como en identificar y superar las barreras al acceso a servicios de rehabilitación y apoyo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

**Figura 5 Escala SARCO-GS**



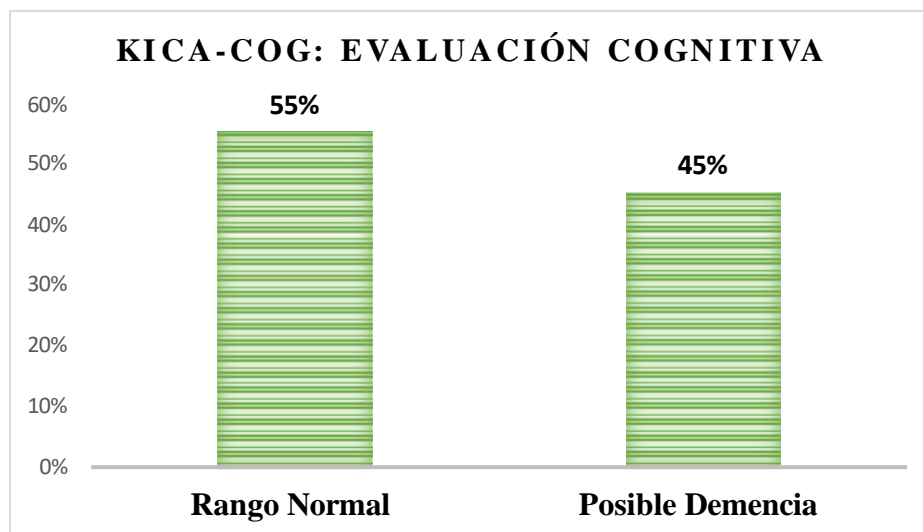
*Nota.* Elaborada por las autoras

La evaluación con la Escala SARCO-GS reveló que un 85% de los adultos mayores en Natabuela presentan sarcopenia, mientras que el 15% restante no muestra signos de esta condición. Este alto porcentaje de sarcopenia es alarmante, ya que la pérdida de masa y función muscular puede aumentar el riesgo de caídas, fracturas y una mayor dependencia. Comparado con estudios similares en otras áreas rurales, este resultado destaca una prevalencia considerablemente alta, sugiriendo factores específicos de la comunidad, como el acceso limitado a recursos nutricionales y de ejercicio. Las implicaciones para futuras investigaciones

incluyen la necesidad de desarrollar programas de intervención específicos para esta población, que aborden tanto la prevención como el tratamiento de la sarcopenia, y que sean accesibles y culturalmente adecuados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en Natabuela.

### 4.3 Valoración Cognitiva

**Figura 6 KICA-COG: evaluación cognitiva**



*Nota.* Elaborado por las autoras

La evaluación cognitiva mediante la escala KICA-COG mostró que el 55% de los adultos mayores en Natabuela se encuentran dentro del rango normal, mientras que el 45% presenta posibles signos de demencia. Este resultado es preocupante, ya que casi la mitad de la población evaluada podría estar experimentando deterioro cognitivo significativo, lo cual tiene implicaciones graves para su independencia y calidad de vida. Comparado con estudios similares en otras comunidades rurales, esta prevalencia de posible demencia es alta, lo que sugiere una necesidad urgente de intervenciones específicas. Las implicaciones para investigaciones futuras incluyen la implementación de programas de detección temprana y apoyo cognitivo, así como estudios adicionales para identificar los factores de riesgo locales que contribuyen a esta alta prevalencia, con el objetivo de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

#### 4.4 Valoración Social

**Figura 7 Situación social del adulto mayor**

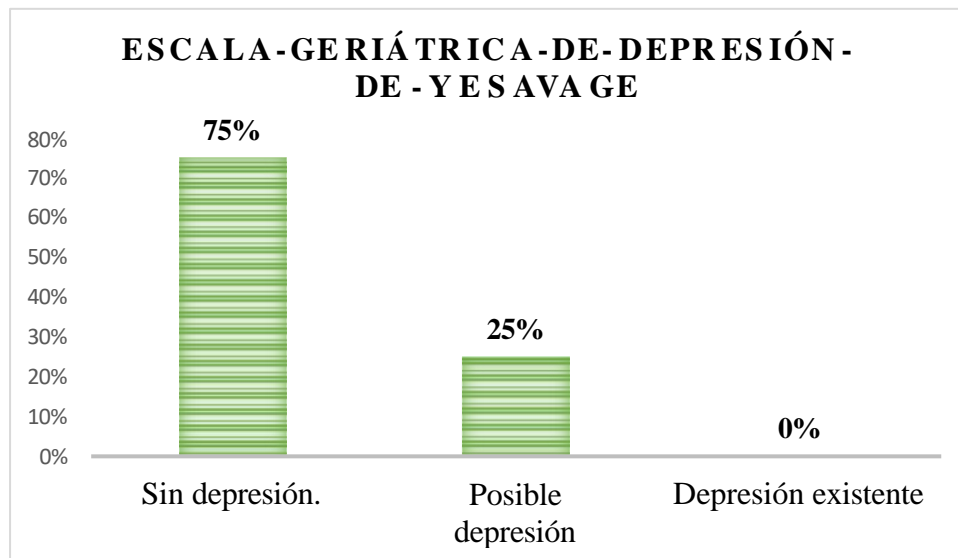


*Nota.* Elaborado por las autoras

La valoración social de los adultos mayores en Natabuela reveló que solo el 10% tiene una situación social buena o aceptable, mientras que el 75% se encuentra en riesgo social y el 15% enfrenta problemas sociales significativos. Estos hallazgos indican que una gran mayoría de los adultos mayores en esta comunidad están expuestos a factores que pueden afectar negativamente su bienestar social, como el aislamiento, la falta de apoyo familiar y comunitario, y la insuficiencia de recursos sociales. Comparado con estudios similares en otras áreas rurales, este alto porcentaje de riesgo y problemas sociales es alarmante y subraya la necesidad de intervenciones urgentes para mejorar la red de apoyo social. Las implicaciones para futuras investigaciones incluyen la exploración de las causas subyacentes de estos problemas sociales y el desarrollo de programas de intervención comunitaria que puedan ofrecer apoyo integral a los adultos mayores, promoviendo su inclusión y mejorando su calidad de vida.

#### 4.5 Valoración Afectiva

**Figura 8 Cuadro de depresión presente en el adulto mayor**



*Nota.* Elaborado por las autoras

La valoración afectiva mediante la escala de Yesavage muestra que el 75% de los adultos mayores en Natabuela no presenta signos de depresión, mientras que el 25% podría estar en riesgo de desarrollar depresión y un 0% no presenta depresión existente. Estos resultados son alentadores en cuanto a la prevalencia baja de depresión diagnosticada, pero también indican que una proporción considerable de la población está en riesgo de desarrollar problemas afectivos. Comparado con estudios similares en áreas rurales, donde la depresión puede ser más prevalente debido al aislamiento y la falta de servicios de salud mental, estos resultados destacan la importancia de implementar programas preventivos y de detección temprana. Las futuras investigaciones deberían centrarse en identificar los factores de riesgo específicos que contribuyen a la posible depresión en esta comunidad y en desarrollar intervenciones efectivas para abordarlos, mejorando así el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores.

## 5 Conclusiones

El estudio realizado en la parroquia de Natabuela ha permitido describir de manera integral el estado de salud de los adultos mayores a través de la medición de las cinco esferas de valoración geriátrica integral (VGI). En términos de distribución por edad, la mayoría de la población se encuentra en la etapa inicial de la tercera edad (65-74 años), lo que indica una necesidad inminente de planificación de actividades a largo plazo para atender las crecientes necesidades de este grupo demográfico. La distribución por sexo muestra una predominancia de mujeres (80%) sobre hombres (20%), lo que coincide con la tendencia nacional y mundial de mayor longevidad femenina.

Desde el punto de vista clínico, la hipertensión arterial es la enfermedad más prevalente (60%), seguida de enfermedades gastrointestinales (15%) y cáncer (5%), lo cual subraya la necesidad de un manejo adecuado de las enfermedades crónicas y la promoción de hábitos saludables. En términos de índice de masa corporal, un 55% de los adultos mayores tiene un IMC normal y un 35% presenta sobrepeso u obesidad, lo que representa un riesgo adicional para la salud cardiovascular.

Funcionalmente, la mayoría de los adultos mayores presenta una incapacidad física leve (75% en grado 1), con un 25% en grado 2, lo que indica que, aunque la mayoría aún conserva cierta independencia, existe una porción significativa que necesita apoyo para realizar actividades cotidianas. En la evaluación de la sarcopenia, un 85% presenta esta condición, lo cual es alarmante y requiere intervenciones específicas para mejorar la masa y fuerza muscular.

Desde la perspectiva cognitiva, un 55% de los adultos mayores tiene un rango normal en la evaluación cognitiva, mientras que un 45% presenta posibles signos de demencia, lo que resalta la importancia de estrategias de prevención y tratamiento de las enfermedades

neurodegenerativas. Socialmente, la mayoría de los adultos mayores está en riesgo social (75%), con solo un 10% en una situación buena o aceptable, lo que enfatiza la necesidad de mejorar los servicios de apoyo social y comunitario.

Finalmente, en cuanto a la valoración afectiva, un 25% de los adultos mayores está en riesgo de desarrollar depresión según la escala de Yesavage, lo que sugiere la importancia de implementar programas de salud mental y apoyo emocional.

## 6 Recomendaciones

Dada la diversidad y complejidad de las necesidades identificadas, se sugiere la implementación de programas de atención geriátrica integral en la parroquia Natabuela. Estos programas deben incluir intervenciones educativas que aborden la atención médica preventiva enfocados en el estado de salud del Adulto Mayor.

- **Mejorar el Acceso a Servicios de Salud:** Es fundamental fortalecer la infraestructura sanitaria en Natabuela para garantizar que los adultos mayores tengan acceso a servicios de salud adecuados, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes. Esto podría incluir la implementación de clínicas móviles y la capacitación continua de profesionales de la salud en el manejo de patologías geriátricas.

- **Promover Hábitos de Vida Saludables:** Dada la alta prevalencia de hipertensión y obesidad, se recomienda desarrollar programas comunitarios que fomenten la actividad física regular, una alimentación balanceada y la reducción del consumo de tabaco y alcohol. Campañas de educación y talleres prácticos pueden ser herramientas efectivas para lograr este objetivo.

- **Desarrollar Programas de Rehabilitación Física:** Considerando la alta prevalencia de sarcopenia e incapacidad física, es crucial implementar programas de rehabilitación y ejercicios físicos específicos para mejorar la masa y la fuerza muscular de los adultos mayores. Estos programas deben ser accesibles y adaptados a las capacidades individuales de cada persona.

- **Implementar Estrategias de Prevención y Manejo de la Demencia:** Dado el significativo porcentaje de adultos mayores con posible demencia, se recomienda la creación de programas de evaluación cognitiva periódica y la formación de cuidadores en el manejo de

enfermedades neurodegenerativas. Además, se pueden desarrollar actividades que estimulen la función cognitiva, como talleres de memoria y grupos de apoyo.

- **Fortalecer el Apoyo Social:** Con un 75% de adultos mayores en riesgo social, es esencial aumentar el soporte comunitario y familiar. Esto puede incluir la creación de redes de apoyo social, programas de voluntariado y servicios de asistencia domiciliaria para aquellos con mayor necesidad.

- **Abordar la Salud Mental:** Dada la prevalencia de posibles casos de depresión, se sugiere implementar servicios de salud mental accesibles y sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la salud emocional. Programas de apoyo psicológico y actividades que promuevan la interacción social pueden ser beneficiosos.

- **Educación y Sensibilización Comunitaria:** Es importante educar a la comunidad sobre las necesidades específicas de los adultos mayores y la importancia de un enfoque integral en su cuidado. Talleres y campañas de sensibilización pueden ayudar a cambiar percepciones y fomentar una cultura de respeto y apoyo hacia esta población.

### **Conflicto De Intereses**

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés. Afirman que la investigación se ha llevado con total integridad y objetividad, sin influencia o sesgo por parte de intereses financieros, profesionales o personales que pudieran afectar los resultados o conclusiones presentadas.

## 7 Bibliografía

Constitución de la República del Ecuador . (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.

Obtenido de CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008:

[https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\\_act\\_ene-2021.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf)

Allende, S. &. (2020). *El ABC en medicina paliativa (Segunda edición ed.)*. Mexico :

Editorial Médica Panamericana. Obtenido de Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana.

Berghe, W. (2021). *Wanden-Berghe*. Obtenido de Valoración Geriátrica Integral:

<https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/136>

Castillo, A., & Enríquez, D. (Marzo de 2024). *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA*

*DEL ECUADOR PUCE TEC*. Obtenido de PONTIFICIA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DEL ECUADOR PUCE TEC:

<https://repositorio.puce.edu.ec/items/9093cb53-aa54-477f-b81e-595693b397fa>

CEPAL. (2022). *Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas*

*miradas*. Obtenido de CEPS: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37301-cambios-la-estructura-poblacional-piramide-que-exige-nuevas-miradas>

Consultor, E. (2019-2023). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*. Obtenido de

<https://gadnatabuela.gob.ec/gadNatabuela/wp-content/uploads/2022/03/PDOT-OFICIAL-NATABUELA-2019-2023-.pdf>

Federacion Europea den Asociaciones de Psicologos. (2021). *Consejo General de la*

*Psicologia*. Obtenido de

[https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/GDS\\_evaluacion\\_COP.pdf](https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/GDS_evaluacion_COP.pdf)

Gonzales, R., Gandoy, M., & Clemente, M. (14 de Marzo de 2017). *SciELO España*.

Obtenido de GEROKOMOS: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X->

geroko-28-04-00184.pdf

González, R., & Cardentey, J. (2016). *El envejecimiento social: presente y futuro*. Revista Científica Villa Clara. Obtenido de González, R & Cardentey, J.:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v20n3/mdc15316.pdf>

Grupo Oceano . (2019). *Manual de la Enfermería*. España: Oceano. Obtenido de Grupo Oceano.

Hidalgo, R. G. (Marzo de 2024). *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR ESCUELA DE PUCE TEC*. Obtenido de PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR ESCUELA DE PUCE TEC:

<https://repositorio.puce.edu.ec/items/5e5f1940-05bc-41ca-b2f2-b221882bcd84>

Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Santiago: CEPAL.:

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>

INEC. (2023). *PERSONAS SON CENTENARIAS EN ECUADOR SEGÚN EL CENSO*.

Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos:

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/>

Martínez, A. (2020). *Evaluación de la calidad de vida de las personas adultas mayores, que reciben servicios en los centros gerontológicos de atención directa del MIES, en Guano y Patate, provincias de Tungurahua y Chimborazo, julio 2019*. Quito : Pontificia Universidad Católica del Ecuador. TESIS DEFINITIVA (1).pdf (puce.edu.ec).

Mendoza, V. (2019). *Mendoza, V. .* Obtenido de Envejecimiento y vejez. México: INGER.:

[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Pro](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Pro)

mocion/Unidad\_1/Lecturas\_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf

MIES. (2019). *NORMAS TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y CUIDADO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES*.

Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social.:

[https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/LIBRO-NORMAS-TECNICAS-final\\_cOM.pdf](https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/LIBRO-NORMAS-TECNICAS-final_cOM.pdf)

MIES. (2021). *Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor Atendida por el MIES (Séptima y Octava Ronda)*. . Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social :

[https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion\\_intergeneracional/2020/informe\\_de\\_indicadores\\_de\\_logros\\_de\\_la\\_poblacion\\_adulta\\_mayor\\_atendida\\_por\\_el\\_mies\\_septima\\_y\\_octava\\_ronda.pdf](https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/informe_de_indicadores_de_logros_de_la_poblacion_adulta_mayor_atendida_por_el_mies_septima_y_octava_ronda.pdf)

MIES. (2023). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

Minsalud. (2022). *Envejecimiento y Vejez*. . Obtenido de Gov.co.:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=El%20envejecimiento%20se%20entiende%20como,de%20una%20persona%20en%20a%C3%B1os.>

Murrugarra, A. (2023). *Valoración geriátrica integral del adulto mayor*. Obtenido de Perú,Universidad César Vallejo:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108593>

OMS. (01 de Octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

OPS. (2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización

- Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Pérez, I., Martínez, P., & Reyes, A. (2023). *Grado de depresión y su asociación con la funcionalidad del adulto mayor en las actividades de la vida diaria*. Obtenido de Revista Sanitaria de Investigación.: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/grado-de-depresion-y-su-asociacion-con-la-funcionalidad-del-adulto-mayor-en-las-actividades-de-la-vida-diaria/>
- Quintana, P. (2022). *INFORME DE GESTIÓN Periodo:2022 y ACTIVIDADES* . Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wpcontent/uploads/2023/01/INFORME-ATENCION-A-GRUPOS-PRIORITARIOS2022.pdf?x42051>
- Razo, A., Castillo, R., & Martha, L. (2018). *Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores*. Obtenido de Razo,A.,Díaz,R.,& López,M.: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>
- Riba, J. (23 de Octubre de 2023). *enfocatss*. Obtenido de <https://enfocatss.com/escala-de-valoracion-sociofamiliar-de-gijon-un-instrumento-clave-en-la-evaluacion-geriatrica/>
- Rodríguez, M. O. (2022). *Evaluación Geriátrica Integral en adultos mayores pertenecientes al policlínico Mario Muñoz Monroy de Peñas Altas, Guanabo. Cuba Salud*.
- Rosas, O., Omaña, I., Garcia, A. I., & Armando, L. (09 de Agosto de 2023). *Frontiers*. Obtenido de <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2023.1192236/full>
- Russell, S., Rachel, Q., Reinhold, M., Edwar, S., Gavin, M., Joan, N., . . . Jane, J. (2021). *Sage Journals*. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X19860309>
- Saraiva, R., & Henrique, S. (2022). *Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora*. Obtenido de Enfermería



## 8 Anexos

### Anexo 1. Solicitud de autorización para aplicación de encuestas en la parroquia Natabuela



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

**IBARRA**

**CIENCIAS DE LA  
SALUD**

Ibarra, 27 de junio de 2024  
Of. 051 – PUCEI SALUD

Tecnóloga  
Viviana Elizabeth Villegas Reyes  
**PRESIDENTA GAD PARROQUIAL SAN FRANCISCO DE NATABUELA**

Presente. –

Reciba un cordial saludo de parte de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ibarra (PUCE IBARRA).

En miras de la colaboración interinstitucional y la mejora del trabajo en nuestra comunidad en temas de salud, me permito solicitarle de la manera más atenta, se facilite la entrega de información y datos estadísticos relevantes a las Señoritas, **CIFUENTES MICHILENA DANIELA CAROLINA** y **LÓPEZ TERÁN NATHALY ANDREA**, estudiantes del cuarto nivel del Técnico Superior en Enfermería, quienes se encuentran desarrollando el proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado **"Análisis Descriptivo del Estado de Salud en la Población Adulta Mayor de la Parroquia de Natabuela"**.

En este sentido, se debe considerar que las alumnas estarán realizando la recolección de la información hasta el mes de agosto del 2024. Por lo tanto, solicito comedidamente se brinde el apoyo necesario para que puedan llevar a cabo lo anteriormente mencionado.

Por la atención que se digné dar al presente, le agradezco de antemano.

Atentamente,



Mg. Paulina Muñoz  
**DIRECTORA ESC. CIENCIAS DE LA SALUD**

---

Dirección: Av. Jorge Guzmán Rueda y Av. Aurelio Espinosa Póit. Ciudadela "La Victoria".  
Teléf: (593-6) 2615 500 / 2615 453 Ext. 1000 Cel. 099 236 2713 / 099 138 3498  
Ibarra - Ecuador / [www.puces.edu.ec](http://www.puces.edu.ec)

f t i in v d

Nota. (PUCE Ibarra, 2024)

**Anexo 2.** Escala de valoración clínica

<b>ESFERA CLÍNICA. Tomada de Kica Cog</b>					
<b>Variable</b>	<b>Pregunta cuestionario</b>	<b>Opciones de respuesta / codificación</b>	<b>Opciones de respuesta 2 / codificación</b>	<b>Opciones de respuesta 3 / codificación</b>	
Fecha	N/A	N/A			
Encuestador	Nombre del encuestador	N/A			
Nombre	¿Cuál es su nombre? / ¿Cómo se llama?	N/A			
Edad	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	0. 60 - 74 años (Adulto Mayor Joven) 1. 75 - 84 años (Adulto Mayor Mayor) 2. 85 - 99 años (Adulto Mayor Muy Viejo) 3. 100 - 105 años (Centenario) 4. Mayor a 105 años (supra centenario)			
Sexo asignado al nacer	Observa y coloca el encuestador	0. Femenino 1. Masculino			
Sector o comunidad	N/A	N/A			
Área	Seleccione ubicación geográfica	0. Urbano 1. Rural			
Cantón	N/A	0. Cotacachi 1. Ibarra 2. Otavalo 3. Pimampiro			
Provincia	N/A	0. Imbabura			
Escolaridad	¿Sabe leer y escribir?	0. Si 1. No			

Nivel educativo	¿Fue a la escuela o colegio? ¿Hasta qué año? El encuestador debe anotar el último nivel, grado, curso o año más alto que estudió y aprobó.	0. No fui a la escuela (iletrado) 1. Fui a la escuela, pero no terminé ningún nivel, de tal manera que no tengo certificados, diplomas, o grados de educación 2. Educación primaria (escuela primaria) 3. Educación secundaria baja (3 años de colegio) 4. Educación secundaria alta (6 años de colegio o bachillerato) 5. Educación técnica 6. Licenciatura o equivalente 7. Maestría o equivalente 8. Doctorado o equivalente (PhD, médico, abogado, etc.)			
Idioma	¿Qué idioma habla principalmente? ¿Qué idioma domina?	0. Castellano 1. Kichwa 2. Castellano y Kichwa 3. Otro	¿Cuál/es?	NN/A	
Estado civil	¿Usted está casado, en unión libre, soltero, viudo u otro?	0. Casado 1. Divorciado 2. Soltero 3. Viudo 4. Separado 5. Unión libre			
Número de hijos	¿Tiene hijos? / ¿Cuántos hijos vivos tiene? Anotar número de hijos vivos	0. No tengo hijos 1. 1 a 3 2. de 4 a 6 hijos 3. 7 o más hijos			

Vive con:	¿Con quién vive usted?	0. Solo/a 1. Pareja 2. Pareja e hijos 3. Hijo/a/s 4. Otros (sobrinos, amigos, etc.)			
Ocupación previa	¿A qué actividad se dedicaba antes? ¿En qué trabajaba antes? ¿Cuál fue su trabajo principal?	N/A			
Ocupación actual	¿Trabaja hasta ahora?	0. Si 1. No	¿En qué trabaja?		
Enfermedades crónicas	¿Qué enfermedades tiene? ¿Qué enfermedades le han dicho los doctores que usted tiene? Si no responde leer la lista de enfermedades	0. Hipertensión arterial / presión alta 1. Diabetes mellitus o azúcar alta 2. Dislipidemia/colesterol alto, triglicéridos elevados 3. Arritmia cardíaca o del corazón. ¿Cuál? 4. Enfermedad pulmonar ¿Cuál? (EPOC, asma, etc.) 5. Tuberculosis 6. Trastornos de la tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo) 7. Enfermedad o insuficiencia renal crónica o falla del riñón 8. Enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica / infarto o hemorragia			

		<p>cerebral</p> <p>9. Enfermedad de Parkinson</p> <p>10. Antecedente de Trauma Craneoencefálico con pérdida de conciencia.</p> <p>Antecedente de golpe fuerte en la cabeza con pérdida del conocimiento.</p> <p>11. Antecedente o presencia de tumor cerebral</p> <p>12. Antecedente de cirugía cerebral, operación del cerebro</p> <p>13. Antecedente de Depresión o enfermedad psiquiátrica</p> <p>14. Hiperplasia prostática benigna. Enfermedad de la próstata o próstata grande</p> <p>15. Osteoporosis</p> <p>16. Artritis</p> <p>17. Cáncer</p> <p>18. Otros</p>			
Infección por COVID-19	¿Usted se contagió de COVID?	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>	¿Estuvo hospitalizado por COVID-19?	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>	
Inmunizaciones / Vacunas	¿Qué vacunas tiene colocadas?	<p>0. COVID-19</p> <p>1. Influenza</p> <p>2. Neumococo</p> <p>3. Hepatitis B</p> <p>4. Otras</p>	En relación a las vacunas de COVID-19, ¿cuántas dosis ha recibido?	<p>0. 0</p> <p>1. 1</p> <p>2. 2</p> <p>3. 3</p> <p>4. 4</p>	
Hábitos tóxicos / Cigarrillo	¿Actualmente fuma?	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>	¿Cuántos cigarrillos consume al día?	<p>0. De 1 a 9 unidades</p> <p>1. Más de 10 unidades</p>	
Hábitos tóxicos /	¿Actualmente consume o	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>			

Alcohol	toma alcohol?				
Hábitos tóxicos / Alcohol	si responde si: ¿Con qué frecuencia consume o toma alcohol?	0. Diario 1. Semanal 2. Mensual 3. Ocasional: 2 o 3 veces al año	¿Cuándo toma o consume alcohol, llega a la embriaguez o a emborracharse?	0. Si 1. No	
Consumo de medicamentos		0. Si 1. No	Número total de medicamentos (encuestador)	0. 1 a 2 1. 3 a 5 2. 5 a 9 3. 10 o más medicamentos	Nombres de medicamentos Aines Analgésicos Antidiabéticos Antihipertensivos Anticoagulantes Antidepresivos Benzodiazepinas Otros
Clasificación IMC	Cálculo IMC (calculado por el encuestador)	0. Igual o menor a 22 (bajo peso) 1. 22.1 a 28.0 (normal) 2. 28.1 a 32.0 (sobrepeso) 3. Igual o mayor a 32,1 (obesidad)			
Medidas antropométricas	Índice cintura cadera en mujeres-El encuestador debe tomar la circunferencia abdominal y de cadera	0. Menor de 71 cm (especificar) 1. De 71-84 cm 2. Mayor a 85 cm			
Medidas antropométricas	Índice cintura cadera en hombres. El encuestador debe tomar la circunferencia abdominal y de cadera	0. Menor de 78 cm (especificar) 1. De 78 - 94 2. Igual o mayor a 95			

Tamizaje rápido visual	Dificultad visual. El encuestador le muestra ¿Puede ver claramente las letras o las imágenes/cosas?	0. Si 1. No			
Tamizaje rápido auditivo	Dificultad Auditiva. ¿Tiene problemas para escuchar/ le falla el oído? El encuestador anota	0. Si 1. No			
Caídas	Se ha caído en el último año	0. Si 1. No			

Nota. Dr. José Antonio Martínez-Lage en el año 2001

**Anexo 3.** Escala de Incapacidad de la Cruz Roja

<b>Escala de incapacidad de la Cruz Roja</b>		
<b>Escala de incapacidad física</b>		
Grado 0	Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad, totalmente independiente	
Grado 1	Realiza las actividades de la vida diaria (baño diario, uso del baño, comer, vestirse, arreglarse, micción, deambular, trasladarse, subir y bajar escalones) Deambula con alguna dificultad. Continencia total	
Grado 2	Tiene alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, (baño diario, uso del baño, comer, vestirse, arreglarse, micción, deambular, trasladarse, subir y bajar escalones), en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.	
Grado 3	Grave dificultad para las actividades de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.	
Grado 4	Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual	
Grado 5	Dependencia total. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería. Escala de incapacidad psíquica	

*Nota.* Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid (1972)

**Anexo 4.** Escala geriátrica de Sarcopenia

<b>SARCO-GS (ESCALA GERIÁTRICA DE SARCOPENIA)</b>			
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
velocidad de la marcha subjetiva	1, Desde hace 3 meses ¿Ha notado que camina...	Nada lento (Normal)	0
		Un poco lento	1
		Muy Lento o incapaz 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
		Nada - Incapaz	2
	3, ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de escaleras	Ninguna	0
		Poca	1
		Mucha	2
Medición subjetiva de cantidad de masa muscular	4, En los últimos 3 meses ¿Ha notado que sus piernas y brazos han enflaquecido?	Nada	0
		Poco	1
		Mucho	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
		Mayor o igual a 16 segundos	2
Medición objetiva de cantidad de masa muscular	7, Circunferencia de la Pantorrilla	Mujer mayor de 33 Hombre mayor de 34	0
		Mujer menor o igual a 33 Hombre menor o igual a 34	2
		TOTAL	
	SARCOPENIA MAYOR O IGUAL A 3 PUNTOS		

Nota. Mauricio Madariaga (2019)

## Anexo 5. Escala cognitiva KICA-COG

KICA-COG: EVALUACIÓN COGNITIVA						
Me gustaría ver si puedes recordar cosas. Te haré algunas preguntas. Respuesta incorrecta ingrese...0 Respuesta correcta ingrese...1		PUNTUACIÓN				
Primera pregunta:						
<b>Orientación</b>						
1	¿Esta semana es semana de pensión/pago?	0	1			
	¿Qué día es hoy?					
2	¿Qué época del año es ahora? (Es posible que deba indicar, por ejemplo, si es época de lluvia o verano. Tiempo frío	0	1			
	¿Se celebra alguna festividad, fiesta o fecha importante en este mes?					
3	¿Cuál es el nombre de esta comunidad/lugar?	0	1			
	¿En dónde nos encontramos en este momento? ¿Cuál es el nombre de esta institución/Centro/Comunidad?					
<b>Reconocimiento y denominación</b>	Para las preguntas 4 y 5 necesitará tres artículos: peine, pannikin (taza) y fósforos.					
	Para las preguntas 4 y 5 necesitará tres artículos: peine, taza con oreja y una cuchara.					
4	Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Cómo se llama esto? Si el sujeto tiene problemas de visión, ponga cada objeto en su mano y pídale que lo reconozca					
4,1	Peine	0	1			
4,2	Taza	0	1			
4,3	Cuchara	0	1			
5	Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Para qué sirve este?					
5,1	Peine	0	1			
5,2	Taza	0	1			
5,3	Cuchara	0	1			
	*Proceder a guardar los tres objetos, peine: bolsillo trasero. taza: bolso. cuchara: en el bolsillo frontal. el adulto tiene que ver esta acción, solo verla, mas no decirle.					
<b>Registro</b>						
6	Dígame el orden de esas cosas que te mostré	0	1	2	3	

	Ahora, Sr/Sra. ... (Nombre PAM)., dígame en orden de las cosas que le mostré. ¿Qué le mostré primero?, (esperar respuesta), ¿después? (esperar respuesta), ¿Y por último? (esperar respuesta).						
	Después del intento: ¡Muy bien! <i>*Es siempre importante la motivación durante la toma de evaluación para no perder el interés del evaluado durante la prueba.</i>						
Comprensión verbal							
7	Cierra los ojos	0	1				
	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., en este momento le voy a pedir que cierre los ojos, y me escuche atentamente. Cierre sus ojos.						
8	Primero apunta al cielo y luego al suelo.	0	1	2			
	Ahora, por favor con su dedo, apunte hacia el cielo, ¿Dónde está el cielo?, muy bien; y ahora ¿Dónde está el suelo?						
Fluidez verbal							
9	Dime los nombres de todos los animales que la gente caza. Ej. en el aire, agua, tierra 0 animales: 1-4 animales: 5 –8 animales: 9 animales o más:	0	1	2	3		
	Ahora Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., dígame ¿Qué animales son los que usted encuentra en el campo/ en una casa? ¿Cuáles son los animales salvajes/ domésticos? (Dependiendo la situación).						
Recordar							
10	Dónde puse EJ: el peine, la pelota y la taza	0	1	2	3		
	se acuerda donde guarde el peine, la taza y la cuchara? peine: bolsillo trasero. taza: bolso. cuchara: en el bolsillo frontal.						
Denominación visual	Ahora Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., Te mostraré algunas fotos. Tú dime que son. Recuerda estas fotos						
	Te mostraré algunas fotos. Tú dime que son. Recuerda estas fotos						

11	Señale cada imagen y pregunte ¿Qué es esto? Mono Lentes Bicicleta Chico Cocodrilo	0	1	2	3	4	5
Función frontal/ejecutiva	Ahora Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., Mira esto y ahora lo copias Mostrar alternando círculos y cruces						
12	Mira esto y ahora lo copias Mostrar alternando círculos y cruces	0	1				
Retirada gratuita							
13	Ahora dígame mi Sra..... ¿Recuerda esas fotos que te mostré antes? ¿Qué eran esas fotos?	0	1	2	3	4	5
Recuerdo con claves							
14	Ahora dígame... ¿Cuál de estas fotos te mostré antes? (Volver a mostrar varias imágenes)	0	1	2	3	4	5
Práctica							
15	Por favor mi señor.... Abra esta botella y vierta agua en esta taza	0	1				
16	Por favor mi señor... Muéstreme cómo usar este peine	0	1				
	TOTAL						
	PUNTUACIÓN TOTAL DE KICA-COG: la /39 puntuación de $\leq 33/39$ indica una posible demencia, derivar para revisión médica.						

Nota. José Antonio Martínez-Lage (2001)

**Anexo 6.** Escala socio familiar de Gijón

**ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN**

<b>Variable</b>	<b>Pregunta cuestionario</b>	<b>Opciones de respuesta / codificación</b>
		<b>PUNTUACIÓN</b>
Situación familiar	Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
	Vive con cónyuge de similar edad	2
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
	Vive solo y tiene hijos próximos	4
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
Situación económica (ingresos/mes)		
	Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
	Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
	LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
Vivienda		
	Adecuada a necesidades	1
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua, caliente, calefacción...)	3
	Ausencia de ascensor, teléfono	4

	Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
Relaciones Sociales		
	Relaciones sociales	1
	Relación social sólo con familia y vecinos	2
	Relación social sólo con familia o vecinos	3
	No sale del domicilio, recibe visitas	4
	No sale y no recibe visitas	5
Apoyos de la red social		
	Con apoyo familiar y vecinal	1
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
	No tiene apoyo	3
	Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
	Tiene cuidados permanentes	5
	TOTAL	
De 5 a 9: Buena/aceptable situación social. De 10 a 14: Existe riesgo social. Más de 15: Problema social.		

*Nota.* José Antonio Fernández García (1993)

**Anexo 7. Escala geriátrica de depresión de Yesavage**

<b>ESCALA-GERIÁTRICA-DE-DEPRESIÓN-DE-YESAVAGE</b>				
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA				
VARIABLE	PREGUNTA		RESPUESTA	
1	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	En este momento, ¿Se siente bien con su vida?	si	<b>NO</b>
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	¿Siente que ha dejado de hacer muchas de las cosas que hacía antes?	<b>SI</b>	no
3	¿Siente que su vida está vacía?	¿Cómo se siente? ...Se siente triste	<b>SI</b>	no
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	¿Se siente aburrido la mayor parte del día?	<b>SI</b>	no
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	¿Pasa de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	si	<b>NO</b>
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	¿En este momento se siente preocupado... ¿Tiene un mal presentimiento? ... o angustia...	<b>SI</b>	no
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	<b>NO</b>
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	¿Siente que no lo toman en cuenta?	<b>SI</b>	no
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	¿Qué prefiere usted, quedarse en su casa o salir a hacer nuevas cosas? <i>"Casa (Sí) - Nuevas Cosas (No)"</i>	<b>SI</b>	no
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	¿Se le olvidan las cosas más que a sus compañeros/pareja/amigos?	<b>SI</b>	no
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., ¿Cree usted que estar vivo es bonito?	si	<b>NO</b>
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., ¿En esta semana se ha sentido útil o capaz para hacer cualquier actividad? <i>"Sí (No) - No (Sí)"</i>	<b>SI</b>	no
13	¿Se siente lleno de energía?	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., ¿Se siente lleno/a de energía, con vida, con ánimo para hacer cualquier cosa?	si	<b>NO</b>
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., ¿Siente que su situación actual puede mejorar? <i>"Sí (No) - No (Sí)"</i>	<b>SI</b>	no

15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	Sr/Sra. ... (Nombre PAM) ..., ¿Cree usted que esta mejor que otras personas? "Sí (No) - No (Sí)"	<b>SI</b>	no
	TOTAL			
	Las respuestas que indican depresión están <b>en NEGRITA Y MAYÚSCULAS, Y ROJO</b> . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.	de 0 a 5 Sin depresión. de 6 a 10 posible depresión y de 11 a 15 depresión existente	10	5

*Nota.* Thomas Brink & John Yesavage (1982)

## Anexo 8. Consentimiento informado



### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PARTE I. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

##### TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis Descriptivo del Estado de Salud en la Población Adulta Mayor de la Parroquia Natabuela, Antonio Ante

##### NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Daniela Carolina Cifuentes Michilena - Nathaly Andrea López Terán

##### NOMBRE DEL PATROCINADOR: PUCETEC Ibarra

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

Parroquia Natabuela – Imbabura

##### INTRODUCCIÓN:

La investigación se centra en abordar y comprender los desafíos en la salud de la población adulta mayor de la parroquia Natabuela, la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral que describa el estado de salud enfocándonos en distintos aspectos como son: el clínico, funcional, Mental, sentimental y social para recopilar información a través de encuestas, permitirá identificar sus necesidades. 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 la participación comunitaria.

##### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

- Objetivo de la investigación 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 Parroquia de Natabuela
- Tipo de investigación es descriptivo 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.
- Características de los participantes que estarán incluidos,
- Los participantes que estarán incluidos deben tener más de 65 años de edad, vivir en la parroquia Natabuela, que hablen 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 mediante visitas domiciliarias
- El personal responsable de la investigación son las investigadoras estudiantes de la Universidad Católica de la carrera Técnico Superior en Enfermería
- Sin la autorización que se da al momento de firmar se niega y se rechaza cualquier dato o participación de los adultos mayores.
- El tiempo aproximado de la entrevista es de 30 minutos.

##### 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:

La colaboración en esta investigación es voluntaria y no se recibirá ninguna compensación económica y de ningún tipo por su participación.

##### CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:



Los datos obtenidos se manejarán con discreción, no se hablará de manera explícita de ningún participante y no se divulgará ningún dato personal que se mencione al momento de la investigación.

#### **DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:**

En cualquier momento de la realización de la entrevista el participante puede retirarse si así lo prefiere al ser de manera voluntaria está en todo su derecho el participar o el dejar de hacerlo.

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Estudiantes:

- Daniela Carolina Cifuentes Michilena. Mail: [decifuentes@pucesi.edu.ec](mailto:decifuentes@pucesi.edu.ec). Celular: 0958777754-Ibarra
- Nathaly Andrea López Terán. Mail: [nalopez@pucesi.edu.ec](mailto:nalopez@pucesi.edu.ec). Celular: 0939789341-Ibarra

Patrocinador:

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra.

Técnico Superior en Enfermería. Celular: 0992362757

[Pucesitrec@pucesi.edu.ec](mailto:Pucesitrec@pucesi.edu.ec) <https://www.pucesi.edu.ec>

#### **PARTE II: CONSENTIMIENTO O ASENTIMIENTO INFORMADO**

##### **A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En esta sección se deberá mencionar que el participante/representante legal declara que ha leído el documento de consentimiento, que ha comprendido los riesgos y beneficios de participar, que han respondido a todas sus preguntas, que consiente voluntariamente su participación en el estudio y que tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte las atenciones a las que tiene derecho. Se deberá señalar que, al firmar el documento de consentimiento informado, el participante/representante NO renuncia a ninguno de los derechos que por ley le corresponden. Finalmente, se deberá mencionar que le entregarán una copia de este documento al participante/representante legal, una vez suscrito el mismo por las partes.

Nombre del participante	CI y Firma (o huella – si aplica)	Fecha en la que se firma el documento
Nombre del investigador	CI y Firma	

##### **B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En esta sección se deberá mencionar que a pesar de que el participante/representante legal haya aceptado previamente su participación en la investigación en mención, puede revocar su autorización cuando lo desee, sin que esto ocasiona alguna penalidad.

Nombre del participante	CI y Firma (o huella – si aplica)	Fecha en la que se firma el documento
Nombre del investigador	CI y Firma	

## Anexo 9. Fotografías



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)



*Nota.* Elaborado por las autoras (2024)

## Anexo 10. Socialización de resultados



Nota. GAD parroquial Natabuela (2024).