

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

**RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LOS TALLERES DE
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE REALIZADOS EN EL CENTRO DE LA
PIEL DURANTE EL PERIODO 2021-2022.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

Autores: Sara Martina Bonilla Martínez

Director de tesis Doctor Santiago Palacios

Director metodológico: Dr. Rommel Espinoza De Los Monteros Duche

QUITO, 2022

CARTA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR ACADÉMICO

En mi responsabilidad de director académico, certifico que la autora, la Dra. Sara Martina Bonilla Martínez, han desarrollado el trabajo de investigación titulado: **“RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LOS TALLERES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE REALIZADOS EN EL CENTRO DE LA PIEL DURANTE EL PERIODO 2021-2022.”**, aplicando todas las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas que dirigen esta actividad académica.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Santiago Palacios

AUTORÍA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Sara Martina Bonilla Martínez con cédula de identidad 1716729007, declaro bajo juramento que el presente trabajo: “Resultados a corto plazo de los talleres de envejecimiento saludable realizados en el Centro de la Piel durante el periodo 2021-2022.” es de mi autoría, no ha sido presentado previamente a ningún grado o calificación profesional, y que las citas expuestas en este texto han sido revisadas en las referencias bibliográficas . A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo a la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su normativa y reglamento institucional vigente

Sara Martina Bonilla Martínez

171672900

III

AGRADECIMIENTO

Esta tesis no hubiera sido posible sin el incondicional apoyo de mi familia, quienes me han acompañado en cada paso de esta carrera. A mi padre por brindarme el soporte y la ayuda para seguir en este camino y a mi madre por acompañarme en cada paso dado. A MiYuki, aunque me falten las palabras para explicarlo tu compañía me mantuvo animada y con esperanzas en este proceso donde las lágrimas no faltaron...pero las risas tampoco.

A Omar, Xavier, Marcos, Adrián y Sophia por su cariño, alegría y humor.

Agradezco también al Dr. Santiago Palacios y al Dr. Rommel Espinoza por haber guiado este trabajo y ayudar a llevarlo a buen fin.

Un agradecimiento especial para todos los participantes de los talleres de envejecimiento saludable y a todos los integrantes del CEPI.

DEDICATORIA

A mis abuelos

ÍNDICE GENERAL

CARTA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR ACADÉMICO	II
AUTORÍA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
CAPÍTULO I.....	I
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Justificación	3
1.2. Planteamiento del problema de investigación.....	4
1.3. Pregunta de investigación	4
1.4. Objetivos del estudio.....	4
CAPÍTULO II.....	6
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
2.1. Definición	6
2.3. Funcionalidad.....	8
2.4. Capacidad intrínseca	11
2.5. Potencial mental.....	12
2.6. Entorno.....	13
2.7. Espacios de promoción del envejecimiento saludable.....	16
2.8. Talleres de envejecimiento saludable CEPI.....	17

2.9.	Estimulación cognitiva.....	18
2.9.1.	Sensación y percepción.....	19
2.9.2.	Motricidad y construcción	20
2.9.3.	Atención y concentración	21
2.9.4.	Memoria.....	22
2.9.5.	Funciones ejecutivas	23
2.9.6.	Velocidad de proceso	24
2.9.7.	Lenguaje.....	24
2.10.	Ejercicio físico	25
2.11.	Educación para la salud	26
2.12.	Actividades recreativas	26
<i>CAPÍTULO III.....</i>		27
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
3.1.	Tipo de estudio.....	27
3.2.	Procedimiento de recolección de muestra y datos del estudio.....	27
3.3.	Operacionalización de variables	27
3.4.	Población.....	30
3.5.	Muestra	30
3.6.	Criterios de selección.....	30
<i>CAPÍTULO IV.....</i>		33
4.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	33
4.1.	Análisis Univariado	33
4.2.	Análisis Bivariado.....	36
<i>CAPÍTULO V.....</i>		41
2.	DISCUSIÓN.....	41
<i>CAPÍTULO VI.....</i>		46
3.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>		48
ANEXOS		62
ANEXO 1. Matriz de recolección de datos.....		62

ANEXO 2. Índice de Barthel.....	63
ANEXO 3. Cuestionario breve de la función cognitiva (test de Pfeiffer, versión española; SPMSQ-VE) (Martínez De La Iglesia et al., 2001)	66
ANEXO 4. Escala de Lawton y Brody.....	67
ANEXO 6. Consentimiento informado.....	72
ANEXO 7. Registro fotográfico	75
Actividad Física.....	75
Estimulación cognitiva	77
Actividades recreativas.....	79
Charlas educativas	84
Materiales	89

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN DE LOS SUBDOMINIOS DE MEMORIA.....	23
TABLA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD.	33
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE GÉNERO	34
TABLA 5. DESCRIPTIVA UNIVARIADA DE LOS FACTORES DE ESTUDIO EN LA PRIMERA EVALUACIÓN	34
TABLA 6. DESCRIPTIVA UNIVARIADA DE LOS FACTORES DE ESTUDIO EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN	35
TABLA 7. TABLA CRUZADA ENTRE LAS VARIABLES BARTHEL PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN	36
TABLA 8. PRUEBA DE MCNEMAR PARA BARTHEL	37
TABLA 9. TABLA CRUZADA ENTRE LAS VARIABLES LAWTON Y BRODY PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN	37
TABLA 10. PRUEBA DE MCNEMAR PARA LAWTON	38
TABLA 11. TABLA CRUZADA ENTRE LAS VARIABLES PFEIFFER PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN.....	38
TABLA 12. TEST DE MCNEMAR PARA ESCALA DE PFEIFFER.....	39
TABLA 13. TABLA CRUZADA ENTRE LAS VARIABLES PHQ-2 DE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACIÓN.....	39
TABLA 14. PRUEBA DE MCNEMAR PARA PHQ-2	40

RESUMEN

El Centro de la Piel (CEPI) ha instaurado, desde junio 2021, talleres dirigidos a adultos mayores. El objetivo de la siguiente investigación fue evaluar los resultados a corto plazo de dichos talleres. La OMS define al envejecimiento saludable como el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional”, misma que está determinada por la capacidad intrínseca y entorno. Para la evaluación de los resultados se realizó un estudio cuasi experimental tipo antes y después comparando su independencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sus resultados en test de cribados para depresión y deterioro cognitivo (PHQ-2 y Pfeiffer respectivamente). Se trabajó con la totalidad de los sujetos que acudieron a los talleres durante un periodo de al menos 6 meses. Entre los hallazgos más relevantes encontramos que los participantes presentaron mayor negatividad en la prueba de cribado de depresión posteriormente a la intervención, por lo que se considera que los talleres tuvieron un impacto positivo dentro del marco del envejecimiento saludable.

Palabras clave: Envejecimiento saludable, funcionalidad, capacidad intrínseca, espacios de socialización

ABSTRACT

The Skin Center (CEPI) has developed, since June 2021, elderly focused workshops. The objective in the next investigation was to evaluate the results on the short term from said workshops. The WHO defines healthy aging as “the process of developing and maintaining the functional ability that enables wellbeing in older age”, this is related to intrinsic capacity and the environment. To evaluate the results, we performed a quasi-experimental before and after study, where we compared independence basic and instrumental activities of daily living, and results from cognitive and depression screening tests. We worked with all the patients that came for at least 6 months to the workshops. Among the most relevant findings was that more participants got a negative result in the depression screening test after the intervention, so we could say that the workshops had a positive impact in the context of healthy aging.

Keywords: Healthy aging, functionality, intrinsic capacity, socialization spaces.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la supervivencia y la disminución de la natalidad se ha visto un fenómeno de envejecimiento a nivel mundial y el Ecuador no es la excepción. Para el año 2020 se proyectaban casi 2 millones de personas mayores de 60 años en Ecuador (INEC, 2010) , si continúa esta tendencia, se calcula que en el año 2065 esta se convertirá en una sociedad envejecida, lo que significa que, a mediano plazo, los adultos mayores de 60 años constituirán el grupo etario más numeroso (Miller & Mejía-Guevara, 2020).

El envejecimiento de la sociedad es un fenómeno mundial, sin embargo, da Silva et al resaltan que esta transición demográfica será mucho más rápida para América Latina y el Caribe de lo que fue para Estados Unidos y Canadá, esto implica que es inminente la necesidad de crear servicios y programas que no solamente estén adaptados a las necesidades de los adultos mayores, sino que también permitan mejorar su calidad de vida (da Silva et al., 2021) . Para la creación de un servicio orientado a la atención de adultos mayores, es necesario comprender que el envejecimiento es un proceso que abarca todas las esferas del ser humano. La geriatría pretende justamente la atención integral a las personas mayores (Perilla Orozco et al., 2020) y es de común acuerdo considerar dentro de sus objetivos al envejecimiento saludable.

El envejecimiento constituye una serie de cambios tanto a nivel biológico como a nivel social. Si bien se lo puede abordar desde el hecho de que existe acumulación de daños a nivel molecular y celular, es importante señalar que las implicaciones de estas alteraciones van a significar una disminución de la reserva fisiológica (Organización Mundial de la Salud, 2015b) y que esta a su vez tendrá consecuencias sobre la funcionalidad de los individuos y su capacidad de enfrentarse a desafíos.

En el 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), buscando un enfoque que considerara no solo el estado clínico, sino también los derechos de los adultos mayores, empieza a aplicar el término de envejecimiento activo (Organización Mundial de la Salud, 2002). Actualmente, en el marco del “Decenio del Envejecimiento Saludable” se habla de “envejecimiento saludable”, fundamentando que es un concepto más completo (Organización Mundial de la Salud, 2020c). Lo cierto es que ambas expresiones siguen siendo utilizadas y hacen referencia a fomentar un envejecimiento en el que exista salud, igualdad de oportunidades e inclusión social.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020b, pp. 1–2) el envejecimiento saludable es “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, la capacidad funcional, a su vez está determinada por 1) **la capacidad intrínseca**, es decir la suma de su *potencial físico* y el *potencial mental*, 2) por **el entorno** en el que el adulto mayor vive, sea este físico, social y político y 3) por la interacción entre las dos primeras.

Se han realizado diversos esfuerzos por conseguir una escala que cuantifique el envejecimiento saludable (Gonçalves et al., 2017; Jaspers et al., 2017; Lu et al., 2019; Sanchez-Niubo et al., 2021), sin embargo, hasta el momento no dispone de una utilizada y aceptada como referencia (Michel & Sadana, 2017). Lo cierto es que en todos los intentos de estandarización o índices desarrollados incluyen un análisis de la situación funcional del individuo, de sus actividades sociales y la evaluación del estado cognitivo y emocional.

Debido a la pandemia del COVID-19 se tomaron una serie de medidas con la intención de proteger a las poblaciones más vulnerables a la enfermedad, entre ellos, adultos mayores. Sin embargo, este confinamiento implicó ciertas consecuencias negativas en su salud mental y calidad de vida, como mayores tasas de depresión, ansiedad, aislamiento social, problemas cognitivos, sedentarismo, progresión o

empeoramiento de enfermedades crónicas, fragilidad y discapacidad. Los estudios han evidenciado que, a mayor aislamiento social en las personas mayores, existe mayor afectación de su salud mental y calidad de vida (Levkovich et al., 2021; Siew et al., 2021).

A nivel nacional, en un esfuerzo por promocionar el envejecimiento saludable, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) fomenta la creación de espacios para socialización y encuentro de adultos mayores (Ministerio de inclusión económica y social (MIES), 2019) en los cuales se trabaja desde lo individual a lo colectivo y se resalta la promoción de un envejecimiento positivo, buscando la participación activa de las personas adultas mayores como entes sociales.

El envejecimiento activo, fomentando la participación de la persona mayor en actividades profesionales, culturales, educativas, y físicas, asegura una mejor calidad de vida y aminora los efectos negativos de los síntomas o alteraciones propias del proceso de envejecimiento (García-Lara et al., 2017; Reyes Torres & Castillo Herrera, 2011).

1.1. JUSTIFICACIÓN

El Centro de la Piel (CEPI) es un instituto dermatológico y docente de carácter privado que brinda atención médica dermatológica con alta afluencia de pacientes adultos mayores. A lo largo de su historia ha desarrollado diversos talleres para pacientes, que han sido investigados en varias ocasiones (Fundación ponte en mi piel, 2016; Segovia Caicedo, 2013). En esta ocasión, en junio del 2021 crea un espacio de socialización y encuentro para adultos mayores, a través de talleres de envejecimiento activo y saludable.

Como parte de sus actividades para adaptarse a los cambios demográficos que se han mencionado previamente, y enfocándose en el envejecimiento activo y saludable, el CEPI ha implementado talleres destinados a adultos mayores. Estos constituyen un cambio en el entorno de los asistentes y tienen el potencial de influir sobre la capacidad intrínseca del adulto mayor. De aquí surge la necesidad de averiguar si estos talleres han

ocasionado cambios a corto plazo (entre seis a doce meses), particularmente sobre la capacidad intrínseca de los participantes.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Diferentes estudios han mostrado los beneficios de realizar actividades comunitarias para un envejecimiento activo y saludable. Los talleres de envejecimiento saludable representan una estrategia relativamente sencilla de implementar y con un costo bajo que puede impactar positivamente en la comunidad. Es de vital importancia resaltar su papel para promocionar su desarrollo en todo tipo de instituciones.

La valoración del impacto de los talleres no ha sido realizada todavía, en otros modelos realizados este tipo de evaluación suele ser muy heterogéneo.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el resultado a corto plazo de los talleres para adultos mayores desarrollados en el CEPI sobre el envejecimiento saludable?

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Explorar los resultados a corto plazo que tienen los talleres desarrollados en el CEPI, sobre el componente de capacidad intrínseca del envejecimiento saludable, durante el periodo 2021-2022.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar los resultados de la evaluación del potencial mental de los adultos mayores al inicio de los talleres y luego de al menos 6 meses de asistencia, realizando un examen de cribado de deterioro cognitivo con la escala de Pfeiffer
- Comparar los resultados de la evaluación del potencial mental de los adultos mayores al inicio de los talleres y luego de al menos 6 meses de asistencia, realizando un examen de cribado de depresión utilizando la escala de depresión PHQ-2
- Contrastar los resultados de la evaluación del potencial físico de los adultos mayores al inicio de los talleres y luego de al menos 6 meses de asistencia, utilizando las escalas Barthel y Lawton.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Definición

Si bien es innegable que a nivel general se puede esperar vivir por más tiempo, existe poca evidencia de que las personas mayores gocen de mejor estado de salud. Las estadísticas nos muestran que la desigualdad social viene acompañada de diferentes esperanzas de vida para una población (Organización Mundial de la Salud, 2020a), pero no es necesario hablar solamente de mortalidad, la desigualdad también trae consigo diferentes capacidades para abordar una enfermedad y distintas oportunidades de salud. Cabe entonces preguntarnos qué podemos hacer para tener mejores condiciones de salud en la vejez.

En una sociedad que está envejeciendo resulta de vital importancia enfocarnos en cómo lo está haciendo; se ha mencionado antes que una de las características del envejecimiento es su heterogeneidad, algo fácil de notar si comparamos a dos adultos mayores cualquiera en un momento dado.

En el contexto de un envejecimiento “ideal” se han explorado diversos términos como “exitoso”, “productivo”, “activo”, entre otros (Friedman et al., 2019). De hecho, la OMS, en diversos planes de acción ha hecho uso de varios de estos términos para aproximarse al tema. En 1990 empleó el término “envejecimiento activo”, definiéndolo como un proceso de optimización de oportunidades para la salud, participación y seguridad de modo que se mejore la calidad de vida en el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Dentro de su “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020...” “(7) la OMS hace hincapié en el término de envejecimiento saludable,

puesto que implica considerar también la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Como parte de la estrategia para llegar a un envejecimiento saludable Organización mundial de la Salud declara, entre el año 2020 hasta el año 2030 la “Década del envejecimiento saludable”. Definiendo a este último no como un envejecimiento libre de enfermedad, sino como uno en el que se desarrolla y mantiene la capacidad funcional a lo largo de la vida.

El plan de acción la OMS se encuentra centrado en segunda década de la vida, parte de este pretende asegurar que se fomenten las capacidades de las personas mayores a nivel comunitario, lo que implica crear espacios de aprendizaje y colaboración intergeneracional que permita desarrollar tanto capacidades físicas como intelectuales.(Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Por otro lado, la Sociedad Americana de Geriatría (AGS por sus siglas en inglés) define al envejecimiento saludable como un constructo mutidimensional que promueve y optimiza la salud sobre 5 pilares: 1. Promoción de salud, 2. Salud cognitiva, 3. Salud física, 4. Salud mental, 5. Relaciones sociales y resiliencia (Batsis et al., 2021; Friedman et al., 2019).

De esta manera el envejecimiento saludable no viene a ser un tema pertinente exclusivamente en etapas avanzadas de la vida, sino que debe ser considerado de manera universal, son los hábitos, las oportunidades y las exposiciones a lo largo de la vida lo que determinan en gran medida nuestra condición al envejecer.

2.2. Funcionalidad, capacidad intrínseca y entorno

Como se ha mencionado previamente, según la definición de la OMS, el envejecimiento saludable viene a estar determinado por el desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional a lo largo de la vida, misma que a su vez es el resultado de la suma de la capacidad intrínseca, determinada por cambios psicológicos, fisiológicos, hábitos y enfermedades; el entorno físico, social y/o político; y las interacciones entre ambos.



Elaborado por: S. Bonilla (2022)

2.3. Funcionalidad

A principios del siglo XX, Ignatz L. Nascher establece que los adultos mayores presentan diversos cambios fisiológicos que ameritan el abordaje de enfermedades de forma diferente que en el resto de la población, por lo que acuña el término de geriatría para separar a una especialidad dedicada justamente al manejo de la salud en esta población (Nascher, 1914).

El envejecimiento generalizado de la población ha llevado acompañado varios cambios que determinan finalmente un cambio en el modelo de salud. Rodríguez-Mañas, et al, nos indican que el primero de estos cambios fue la transición demográfica,

caracterizada por la disminución de la natalidad y mortalidad, teniendo como resultado una mayor población envejecida, la segunda transición fue la epidemiológica, secundaria a la demográfica se vieron cambios en los comportamientos de las enfermedades con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Tras la primera y segunda transición ahora se presenta la tercera transición, la clínica, momento en el cual vemos que no podemos abordar la salud enfocándonos en la enfermedad cuando la mayoría de los pacientes se encontrarán “enfermos”(Rodríguez-Mañas et al., 2017). A esta tercera transición también se la ha llamado “el fin de la era de la enfermedad”(Cesari et al., 2016), con un inminente colapso del sistema de salud es necesario centrarse en otros aspectos de la salud, como lo es el estado funcional.

Según la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) el funcionamiento es un término que incluye las funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, se refiere a la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, donde uno tiene el potencial de modificar al otro(Organización Mundial de la Salud, 2001).

Es habitual que al hablar de "funcionalidad" hablemos indistintamente del estado y de la capacidad funcional, con fines académicos debemos considerar que el primero se refiere a la facultad de cumplir con las actividades de la vida diaria(Wolf & Baum, 2015), mientras que el segundo a la capacidad máxima de realizar estas tareas(Organización Mundial de la Salud, 2001).

En el informe mundial del envejecimiento la OMS comprende a la capacidad funcional como los "atributos que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella", abarcando con este concepto no solo a las capacidades del individuo (físicas, cognitivas, etc.) sino también a su interacción con el medio(Organización Mundial de la Salud, 2015a).

Tradicionalmente la valoración funcional se hace desde la discapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (Abizanda Pedro, 2015), es decir aquellas tareas indispensables para sobrevivir de manera independiente, por lo que es un reflejo del potencial físico.

Una de las herramientas más utilizadas con este propósito es el índice de Barthel, llamada así en honor a su autora. El índice de Barthel se aplicó por primera vez en 1965 en Maryland en el contexto de una sala de rehabilitación para adultos mayores hospitalizados. Desde sus inicios esta herramienta ha demostrado una gran utilidad para valorar la independencia de las personas mayores.

El índice de Barthel está compuesto por 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y se califica de 0 a 100 (González-Rodríguez et al., 2017), de dependencia total a independiente para ABVD, considerando los parámetros evaluados por esta herramienta, destaca su mayor utilidad para evaluar la discapacidad física que la cognitiva (ANEXO 2).

En 1969 se evidencia la necesidad de evaluar actividades más complejas, entra aquí la utilidad de la escala de Lawton y Brody (ANEXO 4), creada con el enfoque de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), siendo estas, por definición, más complejas e involucrando en mayor medida a otras capacidades además de las físicas, las AIVD vienen a ser aquellas necesarias para la adaptación al entorno y suelen perderse antes que las ABVD (González-Rodríguez et al., 2017).

En cuanto a la escala de Lawton y Brody debe destacarse, que por aspectos culturales, existen varios parámetros que se califican de diferente manera en hombres y mujeres, puesto que, tradicionalmente, los primeros no solían realizar muchas de las tareas domésticas valoradas, como lo son cocinar o el cuidado de la casa, entre otras, es así como la escala se valora sobre 8 puntos en mujeres y 5 puntos en hombre, sin embargo las 5

categorías en relación al grado de dependencia presentado permanecen iguales, de modo que los resultados en ambos sexos van de autónomos a dependencia total.

Se podría considerar que la funcionalidad viene a ser la piedra angular del envejecimiento saludable, y abarca un concepto más complejo del que pueden valorar las escalas usadas tradicionalmente en la geriatría, puesto que estas fueron desarrolladas considerando a la funcionalidad desde la perspectiva de discapacidad, queda aún por definirse una escala desarrollada desde la definición utilizada por la OMS.

2.4. Capacidad intrínseca

Según la OMS la capacidad intrínseca viene a ser la suma de las capacidades físicas y mentales de un individuo (Organización Mundial de la Salud, 2020a), dentro del envejecimiento saludable es el componente dado exclusivamente por el sujeto.

Si hacemos analogía a la historia clínica tradicional la capacidad intrínseca incluye los antecedentes patológicos personales; enfermedades, tratamientos, traumatismos, así como los cambios fisiológicos del envejecimiento.

En este sentido, la evaluación de la capacidad intrínseca puede variar en su profundidad, en un esfuerzo por operacionalizar el concepto de esta, Araujo et al sugieren esta sea separada en varios subdominios clínicos, que incluyan lo locomotor, cognitivo, sensorial, psicosocial y vitalidad (Araujo De Carvalho et al., 2017).

Los subdominios clínicos suelen ser evaluados en una valoración geriátrica integral, sin embargo, los autores establecen que, si bien los instrumentos utilizados de forma habitual suelen ser suficientes para la detección de déficits en los subdominios mencionados, en la población más “robusta” puede ser necesaria la utilización de instrumentos más detallados.

Aunque existen varios intentos de operacionalización del concepto de capacidad intrínseca y desarrollo de herramientas para valorarla de forma integral, hasta el momento no se cuenta con una que se encuentre validada para su uso general (Araujo De Carvalho et al., 2017; Cesari et al., 2018; George et al., 2021).

2.5. Potencial mental

El potencial mental de un individuo debe ser valorado desde dos perspectivas, la cognitiva y la emocional. Así habitualmente se usan al menos dos herramientas para poder realizar una evaluación adecuada, estas a su vez pueden variar en su complejidad dependiendo de los objetivos y de las circunstancias.

Dentro de la evaluación emocional de la persona mayor la detección de estados depresivos es fundamental, si bien el diagnóstico de estos debe incluir una entrevista clínica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017) existen múltiples herramientas para cribado y tamizaje de las mismas, entre ellas se encuentra el PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2), herramienta derivada de una versión más larga, el PHQ-9 (Kroenke et al., 2003).

El PHQ2, pese a su sencillez, ha demostrado tener una alta sensibilidad para la detección de estados depresivos (Kroenke et al., 2010; Margolick et al., 2017; Maurer et al., 2018), consiste en dos preguntas con calificación de 0 a 6 que suele tener como punto de cohorte un puntaje de 3, la herramienta completa se encuentra en el ANEXO 5.

La valoración cognitiva cuenta también con diversas herramientas para su evaluación, esta puede variar en profundidad y según los objetivos durar más o menos tiempo. La valoración cognitiva requiere la consideración de los dominios y subdominios cognitivos, de los cuales se hablará con mayor profundidad más adelante.

Dentro de las pruebas cognitivas más utilizadas y rápidas de completar se encuentra el test de Pfeiffer (Martínez De La Iglesia et al., 2001), se trata de un cuestionario de 10 preguntas que evalúan memoria, orientación, cálculo e información sobre hechos cotidianos. Este ha sido validado al español y se encuentra dentro de las pruebas recomendadas para valoración cognitiva por el Ministerio de Salud (MSP) (Álvarez Yáñez et al., 2010).

2.6. Entorno

Como último componente del envejecimiento saludable tenemos al entorno, definido por la OMS como el contexto en el que viven y se desarrollan las personas. Incluye no solo los ambientes y comunidades, sino también las relaciones sociales, disponibilidad de recursos tecnológicos, (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El entorno representa una importante influencia en la vida de cada individuo, dado que puede afectar su salud tanto de modo directo (contaminación, exposición microorganismos, etc.) como indirecto, al modificar sus comportamientos y actividades, así como determinar el acceso a diversos recursos con el potencial de incidir en su salud.

La participación en actividades comunitarias con asistencia a clubs, voluntariados o talleres sirve como amortiguador de los efectos negativos relativos a la inequidad social (Niedzwiedz et al., 2016). Estas actividades además se consideran como un indicador de análisis del entorno (UNECE, 2018)

La participación social se define como un proceso en el cual los individuos participan en un colectivo para la toma de decisiones y cumplir objetivos (Aroogh et al., 2020). Comprende actividades voluntarias, cuidado de niños o nietos, cuidado de discapacitados o enfermos y participación política (Hsu et al., 2019; UNECE, 2018)

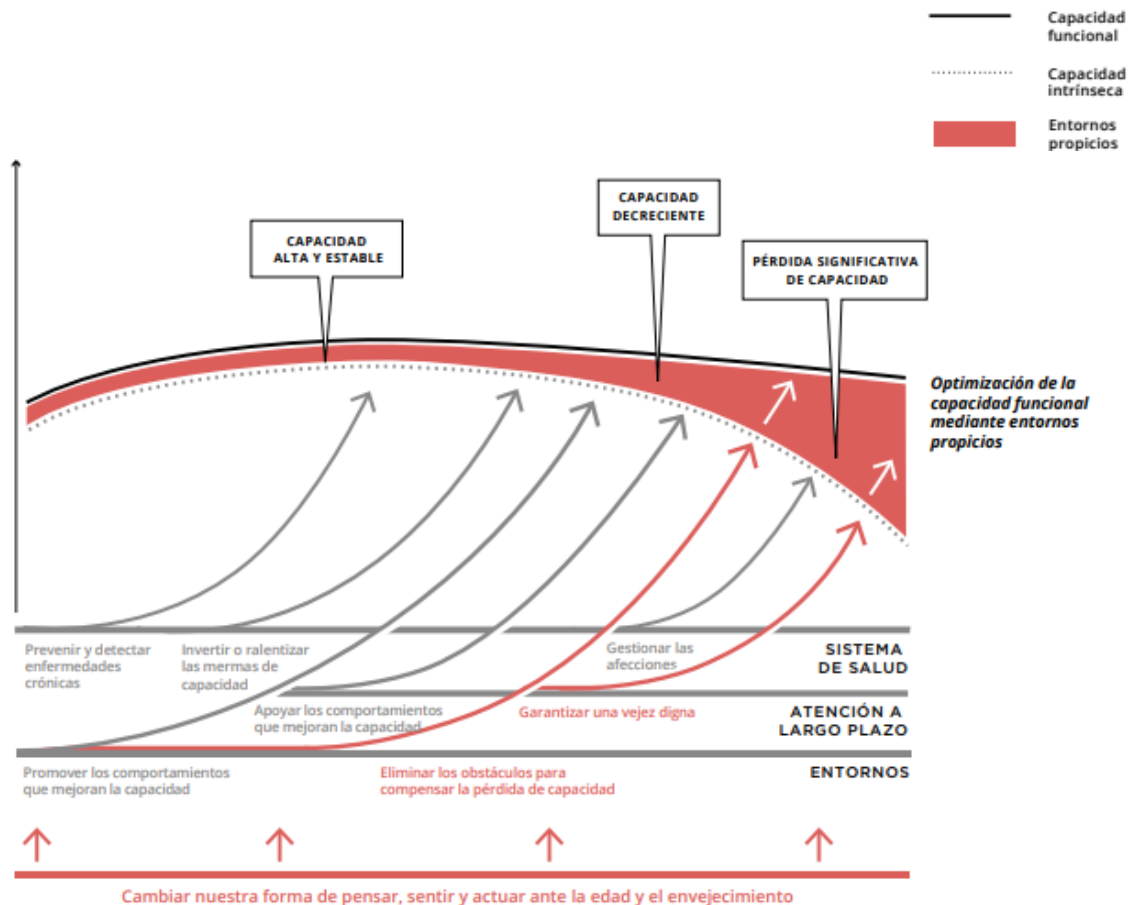
La importancia de pertenecer a un grupo social también se encuentra destacada en una de las teorías sociales del envejecimiento, la de la subcultura, que plantea que, por un lado, las personas de edades similares presentan experiencias y circunstancias comunes que les permiten tener mayor afinidad entre ellos (Hernando Gouzy et al., 2014; Merchán Maroto & Cáceres, n.d.) y por otro tienden a ser excluidos de otros grupos etarios (Bravo, 2014). Esta teoría intenta explicar, al menos en parte, por qué las personas mayores socializan más entre ellos y tienden a buscar espacios para su encuentro, como lo son los “clubs” o centros de actividades recreacionales y de interacción social para adultos mayores.

Los estudios han demostrado que la participación social se asocia a una menor soledad (Niedzwiedz et al., 2016), a un mejor estado físico en general y las redes sociales formadas en este tipo de actividades a su vez se relacionan con un estilo de vida más saludable, con un mayor sentido de pertenencia, mejor autoestima, alivio del estrés (Tomioka et al., 2017) y es un factor protector para mantener la funcionalidad (Ukawa et al., 2020).

Conforme disminuye la capacidad intrínseca el entorno se vuelve más importante al momento de mantener la capacidad funcional, por lo que es de vital importancia generar políticas para crear entornos propicios que permitan mayor independencia e integración para los adultos mayores.

Dentro del aspecto de ambiente debemos considerar que este puede ser natural o construido, siendo este último modificable e incluye edificios, espacios abiertos y otras infraestructuras como sistemas de transporte (Bonaccorsi et al., 2020).

Figura 1. Trayectorias del envejecimiento saludable



Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Cabe resaltar que el entorno ha sufrido un cambio drástico para muchas personas mayores. Se ha visto un importante fenómeno de urbanización, lo que implica que se debe prestar particular atención a los ambientes construidos.

En ese sentido, desde hace algunos años se habla de la construcción de “ciudades amigables”(Organización Mundial de la Salud, 2007).

2.7. Espacios de promoción del envejecimiento saludable

La OMS anima a la creación de ciudades y prácticas amigables con los adultos mayores (Organización Mundial de la Salud, 2007) entendiendo a las primeras como ambientes en las que se promueve un envejecimiento saludable y permiten envejecer de forma digna, saludable y segura.

Por otro lado, las prácticas amigables con adultos mayores son aquellas que permiten y fomentan a la construcción de habilidades, que a su vez potencian la capacidad intrínseca.

Según la guía de ciudades amigables de la OMS, una ciudad amigable “alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”(Organización Mundial de la Salud, 2007).

Uno de los pilares del envejecimiento activo y de la creación de ciudades amigables es el fomentar la participación social mediante actividades culturales, recreativas sociales y espirituales. Para conseguirlo es fundamental contar con acceso a las mismas, tanto por su disponibilidad como por su acceso.

La Guía de ciudades amigables indica que la participación social es más fácil cuando existen muchas oportunidades, por lo que es fundamental que como sociedad generemos más espacios que incluyan a adultos mayores.

La participación voluntaria en actividades y participación en actividades socioculturales son considerados indicadores de participación social (Organización Mundial de la Salud, 2015c).

2.8. Talleres de envejecimiento saludable CEPI

Los talleres de envejecimiento saludable en el centro de la piel surgen de la colaboración entre estudiantes de geriatría y dicha institución, en el contexto de la pandemia de COVID no fue infrecuente encontrar que el estado basal de muchos adultos mayores, previamente robustos, se había deteriorado tras el confinamiento.

Existen diversos estudios que demuestran que esta situación se asoció a mayores episodios de depresión y deterioro del estado físico (Batsis et al., 2021; Levkovich et al., 2021; Siew et al., 2021). También debe tomarse en cuenta que con la pandemia ciertos servicios, tal vez más masivos, cerraron sus actividades en ese momento, es así como adultos mayores que acudían a actividades y talleres municipales, como “60 y piquito” no pudieron continuar con esta rutina.

Se decide entonces instaurar talleres con una cantidad limitada de asistentes con el fin de limitar el riesgo de contagio, así mismo estos se desarrollaron en un espacio abierto y bien ventilado del CEPI.

Estos talleres se encontraban dirigidos a personas mayores independientes y pretendían fortalecer capacidades físicas y cognitivas de sus asistentes. Es así como se planteó una valoración inicial a sus asistentes, esta, si bien no suplementaba una evaluación geriátrica, si pretendía identificar los principales déficits de sus asistentes, de modo que se pudieran adaptar los talleres de la mejor manera posible.

La evaluación inicial se realiza el primer día de asistencia y se realizó de manera tal que fuera corta y sucinta con el fin de no perder la atención de sus participantes. No incluyó una examinación física, más allá de la toma de signos vitales, con el fin de minimizar el tiempo de aplicación de la misma y debido a que no fue realizada dentro de un consultorio o espacio donde se pudiera garantizar la privacidad de los asistentes.

La evaluación inicial incluyó la aplicación de la escala de Barthel y de Lawton y Brody, dado que, como se ha explicado previamente los talleres se encontraban dirigidos a personas con cierto grado de independencia, por ejemplo, autosuficiencia para utilizar el retrete, para la alimentación e incluso para acudir a los talleres, en vista de que no se proporcionó de un servicio de transporte.

Debido a que se planteó la realización de actividades para estimulación cognitiva se realizó un test de cribado de Pfeiffer, pues este se aplica en poco tiempo, esta validado para cualquier grado de escolaridad y adicionalmente tiene el beneficio de poder ser aplicada en individuos con dificultades visuales.

Considerando que uno de los aspectos más afectados durante el asilamiento fue el estado anímico se realizó un test de cribado PHQ2 para depresión, de evidenciarse alteraciones se sugería una valoración geriátrica y o psicológica.

Se indagó también sobre los antecedentes patológicos personales y la existencia de síndrome geriátricos para optimizar la aplicación de los talleres, sin embargo no se valoró esta información en esta investigación por considerar que no se evidenciarían cambios a corto plazo.

La duración de los talleres es de 3 horas en las cuales se plantea el desarrollo de actividades de estimulación cognitiva, ejercicio físico, un refrigerio, así como charlas con temas pertinentes a la salud de las personas mayores y actividades recreativas.

2.9. Estimulación cognitiva

Habitualmente se habla indistintamente de estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva, sin embargo, la primera se refiere a mecanismos no específicos para incrementar la funcionalidad social y cognitiva y es realizada con personal de salud, la segunda se refiere a un tratamiento específico que utiliza herramientas y tareas

estandarizadas e individualizadas en función del dominio cognitivo a trabajar, la rehabilitación cognitiva por otro lado nace de la necesidad de atender a individuos con afectación posterior a eventos más específicos, como traumatismos o ictus(Tsantali et al., 2017).

Habiendo definido esto, se podría considerar que los talleres de envejecimiento saludable realizan tareas de estimulación cognitiva, puesto que las actividades fueron adaptadas para ser realizadas por todos los asistentes con la intención de trabajar todos los dominios cognitivos.

Antes de continuar con las formas de estimulación cognitiva es importante conocer que esta no es realizada de una única manera y debe tomar en cuenta los distintos dominios y sus respectivos subdominios, es necesario también realizar una evaluación previa a su inicio, por lo que no existe una herramienta que pueda estimular todas las funciones al mismo tiempo. De manera general los dominios cognitivos se clasifican según el proceso que involucren(Harvey, 2019).

2.9.1. Sensación y percepción

Las habilidades sensoriales de una persona permiten la detección de estímulos, el procesamiento de estos cae en el dominio de la percepción. Es decir, la evaluación del primero implica reconocer el estado de los sentidos visuales, gestatorios, olfatorios, auditivos y táctiles, mientras que el segundo implica el reconocimiento de objetos, sonidos, etc. a través de los sentidos(Harvey, 2019).

Para conseguir la estimulación senso-perceptiva es de vital importancia compensar déficits auditivos o visuales, por lo que los talleres de envejecimiento saludable, dentro de las charlas con temas pertinentes a la salud exhortan a sus participantes a la evaluación audiométrica y visual.

Se ha visto que la restauración del oído por medio de aparatos auditivos mejora también la memoria de trabajo(Karawani et al., 2018). Se ha visto que el entrenamiento sistemático y organizado de las habilidades sensorceptivas, una vez compensados los déficits, puede ser una buena opción de estimulación cognitiva(Cicerone et al., 2019).

En los talleres se han desarrollado diversas actividades con la intención de realizar estimulación sensorial, entre ellas:

- Sesiones de serenatas: En las cuales un pianista tocaba un repertorio de hasta 4 canciones conocidas por los participantes.
- Identificación de elementos por tacto: Se proporcionaron figuras geométricas de fomis para que los participantes identificaran su forma, posteriormente se proporcionaron fichas plásticas con números grabados con la intención de que identificaran el número.
- Reproducción musical: con la colaboración de una psicopedagoga, se elaboró un patrón musical con campanas que luego fue copiado por los participantes (ANEXO 7).
- Identificación de canciones: En forma de juego se animó a los talleristas a identificar una serie de canciones populares de la década de los 50 a los 70.

2.9.2. Motricidad y construcción

La motricidad implica habilidades motoras de distintos niveles tanto en fuerza como en precisión, si bien, dentro de los dominios cognitivos son las que poseen menor demanda cognitiva, son imprescindibles al momento de ejecutar otras habilidades más complejas, como dibujo, copia, escritura y praxias en general, mismas que caen dentro del dominio de la construcción(Harvey, 2019)Las actividades motoras implican planificación y ejecución, por lo que su estimulación trabaja también sobre otros dominios(Rey Cao et al., 2011).

Habitualmente se consideran dos tipos principales de motricidad, la fina, siendo esta más precisa y requiriendo mayor coordinación y la gruesa, manifestada en movimientos propios del cuerpo, como caminar, ejecutar ejercicios y bailar (Mata Hidalgo, 2019).

El trabajo de habilidades motrices en los talleres se desarrolló principalmente dentro de dos ámbitos: 1) actividades creativas y artísticas como pintura y arcilla en frío y 2) actividades físicas como bailoterapia y ejercicio.

2.9.3. Atención y concentración

La atención suele dividirse en atención selectiva y atención sostenida, este último cae dentro del dominio de la concentración. La atención selectiva es el proceso por el cual se recolecta información relevante y se descarta la irrelevante, es decir es la habilidad de ignorar a los distractores en un mensaje para concentrarse en el mismo. Las tareas de atención sostenida implican la detección de estímulos simples dentro de un flujo de otros estímulos más frecuentes (Harvey, 2019).

Los programas de entrenamiento de la atención han demostrado ser efectivos en los pacientes en rehabilitación cognitiva y a su vez se acompañan de mejoría en otras áreas como comprensión de lectura (Cicerone et al., 2019), típicamente los programas de entrenamiento de la atención se elaboran en conjunto con los de estimulación de la memoria de trabajo y pretenden poder transferir las habilidades adquiridas a las actividades básicas de la vida diaria (Saba & Piolino, 2021).

En este contexto la atención se trabajó desde distintos ángulos, por ejemplo la atención selectiva se trabajó durante sesiones de bailoterapia, que implica el reconocimiento auditivo de la música al mismo tiempo que seguir pautas visuales para llevar a cabo una coreografía (ANEXO 7).

La atención sostenida, por otro lado, fue estimulada con ejercicios de discernimiento como encontrar diferencias entre dos imágenes similares o identificar un elemento como una letra minúscula en una serie de otros similares como letras mayúsculas (ANEXO 7).

2.9.4. Memoria

La memoria es quizás el más complejo de todos los dominios, cuenta con múltiples subdominios y diferentes herramientas para su evaluación.

- Memoria de trabajo: Habilidad para retener información de forma consciente para su uso posterior. Implica mantenimiento y manipulación de la información, es decir que, tras obtener una información, por ejemplo tomar una lista de números y luego decirla al revés (123-321) (Harvey, 2019).
- Memoria declarativa, explícita o episódica: este componente de la memoria está íntimamente relacionado con la memoria de trabajo, implica codificar, mantener y recuperar una memoria (Harvey, 2019).
- Memoria de procedimientos: Es la memoria necesaria para desarrollar actividades o habilidades motoras, como por ejemplo recordar cómo manejar una bicicleta.
- Memoria semántica: se refiere al proceso de almacenamiento a largo plazo de información verbal, es lo más similar al concepto popular de memoria de largo plazo.
- Memoria prospectiva: esta es la habilidad de recordar actividades o acciones que se deben realizar en el futuro, es decir recordar actividades

según el evento (ej. Ir al médico) o según el tiempo (tomar medicina en la mañana) (Harvey, 2019).

El entrenamiento de la memoria pasa también por actividades que no necesariamente esperan mejorar la misma, sino compensar su deterioro (Cicerone et al., 2019), por lo que se deben incluir recomendaciones como elaboración de listas, agendas y técnicas de asociación.

En los talleres se realizaron diversas actividades con el fin de estimular los diferentes tipos de memoria, a continuación, se encuentra un cuadro con algunas de ellas.

Tabla 1. Actividades de estimulación de los subdominios de memoria.

Actividad	Subdominios trabajados
Sesiones de reminiscencias	Memoria semántica
Bailoterapia	Memoria de procedimientos
Juegos de memoria (“ <i>un barco viene cargado de...</i> ”)	Memoria declarativa
Organización de tareas	Memoria prospectiva
Juegos de mesa	Memoria de trabajo

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

2.9.5. Funciones ejecutivas

Implican el razonamiento y la resolución de problemas, la función ejecutiva tiene el potencial de controlar los otros dominios cognitivos con el fin de resolver un problema y planificar a futuro (Harvey, 2019).

El trabajo de las funciones ejecutivas se realizó mediante la aplicación de juegos de mesa con un componente estratégico (ANEXO 7).

Adicionalmente se realizaron actividades como identificación de los objetos (ANEXO 7) y otras como sudoku, tanto versiones numéricas como por colores, todas actividades que han demostrado trabajar sobre las funciones ejecutivas (Zhang et al., 2018).

2.9.6. Velocidad de proceso

Se refiere a la velocidad en la que se evalúa la información y se realizan actividades, suele ser el dominio más afectado, puesto que disminuye a la par que otras funciones motoras, sensoriales y cognitivas (Harvey, 2019; Lara-Díaz et al., 2019)

Considerando lo anterior cabe esperar que con el entrenamiento físico, sensorial y cognitivo se estimule a su vez la velocidad de procesamiento, en modelos experimentales esta ha sido trabajada con programas computarizados de estimulación cognitiva (Reijnders et al., 2013; Rey Cao et al., 2011).

2.9.7. Lenguaje

El dominio del lenguaje incluye el uso de habilidades receptivas, productivas y de entendimiento del lenguaje, abarca tanto el lenguaje escrito como el verbal y puede verse afectado por la alteración de los dominios mencionados previamente (Harvey, 2019).

Este es uno de los dominios mejor conservados en el envejecimiento (Lastre Meza, 2019), sin embargo, se ha visto que el aprender un nuevo idioma puede considerarse como uno de los mejores programas de entrenamiento neurológico (Tapia & Duñabeitia, 2021)

Para las actividades para estimulación del lenguaje realizadas en los talleres de envejecimiento saludable se tomaron como referencia las proporcionadas por ecognitiva,

página web destinada a proporcionar material de estimulación cognitiva (ecognitiva, 2022), las fichas obtenidas fueron adaptadas para ser ejecutadas en grupo.

2.10. Ejercicio físico

Ya lo decía Marjory Warren que la salud integral dependía de la actividad de la mente y el cuerpo y que debe acordarse en los métodos para mantener o restaurar estas actividades (Warren, 1950).

El ejercicio físico en toda etapa vital ha demostrado ser una estrategia poco costosa y efectiva para la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud. En los adultos mayores se ha considerado al ejercicio físico como la intervención más efectiva para retrasar la aparición de enfermedad, discapacidad y mortalidad, así mismo permite una reducción de los costos de salud (Casas-Herrero et al., 2019), volviéndolo una herramienta fundamental para el envejecimiento saludable.

La OMS define al ejercicio físico como cualquier movimiento corporal que implique un gasto de energía (Organización Mundial de la Salud, 2020d) y recomienda que las personas adultas mayores realicen ejercicios físicos regulares con énfasis en el equilibrio y fortaleza funcional.

Los talleres de envejecimiento saludable acoplaron una rutina de ejercicios físicos para adultos mayores adaptada de series recomendadas por el programa vivifrail, , estos incluyen ejercicios de fortaleza, equilibrio y flexibilidad, no se hizo énfasis en ejercicios cardiovasculares puesto que la mayoría de pacientes reportaban caminar diariamente con dicho objetivo y por motivos de tiempo, dado que se destinaban de aproximadamente 40 minutos para la rutina de ejercicios, las actividades cardiovasculares no habrían permitido trabajar sobre las áreas antes mencionadas.

2.11. Educación para la salud

Como parte de los talleres se realizaron charlas informativas de temas relacionados a la salud de las personas mayores, están tienen como objetivo el informar y empoderar a los participantes sobre su situación.

Adicionalmente las charlas permiten la toma de actividades preventivas y de promoción de salud, en el ANEXO 7 se encuentran algunos de los temas conversados con los pacientes.

2.12. Actividades recreativas

La práctica de actividades recreativas pretende no solamente encontrar nuevas formas de estimulación física, social y cognitiva, sino que también es de importancia por la importancia del placer y alegría en la salud.

Según la OMS, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, así, el bienestar subjetivo forma una parte fundamental de la salud, este incluye el estado emocional y la satisfacción en relación cada dominio de su vida. Algunos estudios han visto una fuerte asociación en el desarrollo de actividades sociales y lúdicas y la autopercepción de bienestar (Palma & Galaz, 2018).

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

Estudio cuasi experimental sin asignación aleatoria, con comparación antes/después del programa de intervención multicomponente, sin grupo de control, realizado en el Centro de la Piel.

3.2. Procedimiento de recolección de muestra y datos del estudio

En primer lugar, se aplicó un consentimiento informado para contar con la aprobación de la utilización de datos para el objetivo de esta investigación (ANEXO 6). La información de la línea de base fue obtenida de las fichas de inscripción del paciente, realizadas durante su primera asistencia. Se repitió esta evaluación a los 6 a 12 meses para establecer la medición post-talleres.

La información fue captada utilizando una matriz de recolección de datos digitalizada provista por KoboToolbox y diseñada para recolección de datos, misma que es de acceso libre para investigadores (ANEXO 1) y usando como referencias las escalas especificadas en su versión impresa.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de variables

Nº	Nombre de variable	Etiqueta de variable		Valores	Observaciones
1	cod_participante	Código del participante	Escalar	Número	
2	fecha_nac	Fecha de nacimiento	Escalar	Fecha	
3	genero	Género	Nominal	1= mujer 2= hombre	
4	fecha_ev_1	Fecha de primera evaluación	Escalar	Fecha	
5	barthel1	Barthel Primera Evaluación	Nominal	1= Independencia 2= Dependencia escasa 3= Dependencia moderada 4= Dependencia severa 5= Dependencia total	Independencia 100 Dependencia escasa 91-99 Dependencia moderada 61-90 Dependencia severa 21-60 Dependencia total < 20
6	lawton_1	Lawton Primera Evaluación	Nominal	1= Autónoma 2= Dependencia ligera 3= Dependencia moderada 4= Dependencia grave 5= Dependencia total	
7	pfeiffer1	Pfeiffer Primera Evaluación	Nominal	1= Normal 2= Deterioro leve 3= Deterioro moderado 4= Deterioro severo	0-2 normal 3-4 deterioro leve 5-7 deterioro moderado 8-10 deterioro severo

8	phq_1	PHQ-2 Primera Evaluación	Cadena	1= Positivo 0= Negativo	Punto de corte para positividad 3 o más
9	fecha_ev_2	Fecha de segunda evaluación	Escalar	Fecha	
10	barthel2	Barthel Segunda Evaluación	Nominal	1= Independencia 2= Dependencia escasa 3= Dependencia moderada 4= Dependencia severa 5= Dependencia total	Independencia 100 Dependencia escasa 91-99 Dependencia moderada 61-90 Dependencia severa 21-60 Dependencia total < 20
11	lawton_2	Lawton Segunda Evaluación	Nominal	1= Autonomía 2= Dependencia ligera 3= Dependencia moderada 4= Dependencia grave 5= Dependencia total	
12	pfeiffer2	Pfeiffer Segunda Evaluación	Nominal	1= Normal 2= Deterioro leve 3= Deterioro moderado 4= Deterioro severo	0-2 normal 3-4 deterioro leve 5-7 deterioro moderado 8-10 deterioro severo
13	phq_2	PHQ-2 Segunda Evaluación	Cadena	1= Positivo 0= Negativo	Punto de corte para positividad 3 o más

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

3.4. Población

Se trabajó con la población total de participantes de los talleres del CEPI, 33 personas mayores de 65 años.

3.5. Muestra

Se eligió al 100% de pacientes acudieron a este taller por 6 meses o más tiempo.

3.6. Criterios de selección

3.6.1. *Criterios de inclusión*

- Adultos, mayores de 65 años
- Adultos mayores con independencia o dependencia leve a moderada para actividades básicas de la vida diaria
- Pacientes con capacidad de seguir órdenes verbales
- Consentimiento Informado firmado.

3.6.2. *Criterios de exclusión*

- Asistencia a los talleres por un período menor al indicado
- Enfermedades agudas o crónicas descompensadas
- Imposibilidad de acudir a los talleres por falta de transporte o tiempo

3.6.3. *Análisis estadístico*

Los datos obtenidos mediante KoboToolbox fueron descargados a Excel. Esta base de datos se extrapólo para el análisis de la información se con en el programa SPSS V25.

Para la comparación de las medidas tomadas antes y después de la intervención se utilizó la prueba de McNemar, asumiendo como estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$.

Para poder hacer uso de McNemar se recodificaron algunas variables para ser dicotómicas, específicamente en el caso de las escalas de Barthel y de Lawton y Brody, dividiéndolas en independientes o autónomos y con algún grado de dependencia.

La prueba de PHQ-2 y Pfeiffer no requirieron ser recodificadas en vista de sus resultados.

3.6.4. Aspectos bioéticos

Todas las personas que estén dentro del estudio conocieron del propósito de este, se les informó sobre todos los procedimientos a seguir y se les solicitó firmar el consentimiento informado de manera libre y voluntaria (ANEXO 1). Los asistentes contaban ya con una valoración inicial por lo que esta debería repetirse para valorar el resultado a corto plazo. Los datos obtenidos serán codificados, de tal manera que se pueda preservar el anonimato de los participantes

Cabe destacar que la norma técnica del Ministerio de Inclusión Económica y Social establece que los espacios de socialización y encuentro deben realizar un seguimiento y evolución de los pacientes atendidos, por lo que esta evaluación era necesaria, independientemente de este estudio.

3.6.4.1. Declaración de conflictos de interés

La autora de este proyecto de investigación ha participado en el diseño y gestión de los talleres de envejecimiento saludable.

El Doctor Santiago Palacios, director de este proyecto de investigación funge también como director médico del CEPI, sin embargo, no posee un interés económico con los talleres ni ha participado en el desarrollo de estos.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1. Análisis Univariado

4.1.1. Edad

Los participantes en este estudio fueron 33 personas. La media de edad fue 79,55 (DE 8,415) años, mediana 81 años, moda 68. La edad mínima fue 65 años y la máxima Q1 73 – Q3 86.

Tabla 3. Distribución de la variable edad.

Estadísticos		
Edad al momento de la primera evaluación		
N	Válido	33
	Perdidos	0
Media		79,55
Mediana		81
Moda		68a
Desv. Desviación		8,415
Mínimo		65
Máximo		92
Percentiles	25	73
	50	81
	75	86

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.1.2. Género

De los 33 participantes de este estudio 22 (66.7%) fueron mujeres y 11 (33.3%) fueron hombres.

Tabla 4. Distribución de la variable género

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	22	66,7
Hombre	11	33,3
Total	33	100

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.1.3. Primera evaluación

Hubo 33 participantes y en la escala de Barthel 19 (57,6%) fueron independientes y 8 (24,2%) presentaron dependencia escasa. En la escala de Lawton 20 participantes (60,6%) fueron autónomos, 4 (12,1%) tuvieron dependencia grave y 4 (12,2) dependencia moderada. La escala de Pfeiffer fue normal para 26 participantes (78.8%) y el PHQ-2 fue positivo en 8 individuos (24.2%).

Tabla 5. Descriptiva univariada de los factores de estudio en la primera evaluación

		Frecuencia	Porcentaje
Barthel Primera Evaluación	Independencia	19	57,6
	Dependencia escasa	8	24,2
	Dependencia moderada	6	18,2
	Total	33	100
Lawton Primera Evaluación	Autonomía	20	60,6
	Dependencia ligera	2	6,1
	Dependencia moderada	4	12,1
	Dependencia grave	4	12,1

	Dependencia Total	3	9,1
	Total	33	100
Pfeiffer Primera Evaluación			
	Normal	26	78,8
	Deterioro Leve	7	21,2
	Total	33	100
PQH 2 Primera Evaluación			
	Negativo	25	75,8
	Positivo	8	24,2
	Total	33	100

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.1.4. Segunda evaluación

En la segunda evaluación de la escala de Barthel 20 (60,6%) de los 33 participantes fueron independientes y 7 (21,2%) presentaron dependencia escasa. En la escala de Lawton 19 participantes (57,6%) fueron autónomos, 4 (12,1%) tuvieron dependencia ligera y 5 (15,2%) dependencia moderada. En la escala de Pfeiffer se observó que 28 participantes (84,8%) se encontraron dentro de la normalidad. El PHQ-2, en su segunda evaluación fue normal para 32 personas (97%).

Tabla 6. Descriptiva univariada de los factores de estudio en la segunda evaluación

		Frecuencia	Porcentaje
Barthel Segunda Evaluación	Independencia	20	60,6
	Dependencia escasa	7	21,2
	Dependencia moderada	6	18,2
	Total	33	100
Lawton Segunda Evaluación			
Lawton Segunda Evaluación	Autonomía	19	57,6
	Dependencia ligera	4	12,1
	Dependencia moderada	5	15,2
	Dependencia grave	2	6,1

	Dependencia Total	3	9,1
	Total	33	100
Pfeiffer Segunda Evaluación			
	Normal	28	84,8
	Deterioro Leve	5	15,2
	Total	33	100
PQH 2 Segunda Evaluación			
	Negativo	32	97
	Positivo	1	3
	Total	33	100

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.2. Análisis Bivariado

La asociación entre las variables del estudio se estimó mediante el uso de la prueba de McNemmar, comparando las variables de la primera y la segunda evaluación, se considera estadísticamente significativo un valor p inferior a 0.05

4.2.1. Barthel primera y segunda evaluación

Se compararon las personas con independencia total para ABVD con aquellas que presentaron algún grado de dependencia según la escala de Barthel. En la primera evaluación se vieron 19 personas con independencia, sin embargo en la segunda evaluación uno de ellos se volvió dependiente en algún grado. Por otro lado, hubo 14 participantes con algún grado de dependencia en la primera evaluación y dos de ellos se volvieron independientes al momento de la segunda evaluación.

Tabla 7. Tabla cruzada entre las variables Barthel primera y segunda evaluación

	Barthel Segunda Evaluación-Dicotómica		Total
	Independencia	Algún grado de dependencia	

Barthel Evaluación-Dicotómica	Independencia	Recuento	18	1	19
		% del total	54,50%	3,00%	57,60%
	Algún grado de dependencia	Recuento	2	12	14
		% del total	6,10%	36,40%	42,40%
Total		Recuento	20	13	33
		% del total	60,60%	39,40%	100,00%

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

La prueba de McNemar presenta un p valor de 1, lo que nos indica que estos resultados son producto del azar.

Tabla 8. Prueba de McNemar para Barthel

	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		1,000a

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.2.2. Lawton y Brody en la primera y segunda evaluación

Se compararon las personas con autonomía y aquellas con algún grado de dependencia según la escala de Lawton y Brody, 20 participantes fueron autónomos en la primera evaluación y uno de ellos se volvió dependiente en algún grado al momento de la segunda evaluación. En la primera evaluación existieron 13 individuos con algún grado de dependencia, mientras que en la segunda existieron 14 con algún grado de dependencia.

Tabla 9. Tabla cruzada entre las variables Lawton y Brody primera y segunda evaluación

		Lawton y Brody- Segunda Evaluación-Dicotómica		Total	
		Autonomía	Algún grado de dependencia		
	Autonomía	Recuento	19	1	20
		% del total	57,60%	3,00%	60,60%

Lawton Evaluación-Dicotómica	Primera	Algún grado de dependencia	Recuento	0	13	13
			% del total	0,00%	39,40%	39,40%
Total			Recuento	19	14	33
			% del total	57,60%	42,40%	100,00%

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

La prueba de McNemar presenta un valor p de 1, indicando que los resultados son producto del azar.

Tabla 10. Prueba de McNemar para Lawton

	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		1,000a

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

4.2.3. Pfeiffer primera y segunda evaluación

De los 33 participantes, en su primera evaluación 26 personas se encontraron en rangos normales para el test de Pfeiffer y este valor aumentó a 28 en la segunda evaluación. En cuanto al deterioro leve, 7 individuos lo presentaron en la primera evaluación y dos de ellos presentaron valores normales en la escala al realizar la segunda evaluación.

Tabla 11. Tabla cruzada entre las variables Pfeiffer primera y segunda evaluación

			Pfeiffer Segunda Evaluación		Total
			Normal	Deterioro Leve	
Pfeiffer Primera Evaluación	Normal	Recuento	26	0	26
		% del total	78,80%	0,00%	78,80%
	Deterioro Leve	Recuento	2	5	7
		% del total	6,10%	15,20%	21,20%
Total		Recuento	28	5	33

		% del total	84,80%	15,20%	100,00%
--	--	-------------	--------	--------	---------

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

Se observó un p valor de 0.5, lo que indica que los cambios observados no presentan significación estadística.

Tabla 12. Test de McNemar para escala de Pfeiffer

	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,500a

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

1.1.1. PHQ-2 en la primera y segunda evaluación

Los valores de PHQ-2 fueron negativos para 25 participantes durante la primera evaluación, en la segunda evaluación se observó, sin embargo, que 32 participantes fueron negativos para la prueba PHQ-2. Durante la primera evaluación existieron 8 personas con positividad para el PHQ-2, de estas, solo una permaneció positiva en la segunda evaluación.

Tabla 13. Tabla cruzada entre las variables PHQ-2 de la primera y segunda evaluación

			PQH 2 Segunda Evaluación		Total
			Negativo	Positivo	
PQH 2 Primera Evaluación	Negativo	Recuento	25	0	25
		% del total	75,80%	0,00%	75,80%
	Positivo	Recuento	7	1	8
		% del total	21,20%	3,00%	24,20%
Total		Recuento	32	1	33
		% del total	97,00%	3,00%	100,00%

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

Se evidenció un valor p de 0.016, lo que indica que los cambios observados presentaron significación estadística.

Tabla 14. Prueba de McNemar para PHQ-2

	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,016a

Elaborado por: S. Bonilla (2022)

CAPÍTULO V

2. DISCUSIÓN

En el estudio realizado, tipo antes y después, se estudió una población de 33 personas, en su mayoría mujeres, y hubo concordancia con otras experiencias, por ejemplo los talleres 60 y piquito, patrocinados por el municipio (Quisaguano Noroña, 2022). Cada vez es más evidente el papel del género en el envejecimiento saludable. Es usual que las mujeres acudan más a este tipo de talleres y también se ha sugerido que, en vista de las menores oportunidades de participación social para las mujeres durante su juventud, cuando se abren espacios para su desarrollo tiende a notarse más la mejoría funcional (Fernández-Mayoralas et al., 2018).

Las escalas de Barthel, Lawton y Brody y Pfeiffer mostraron variaciones entre la primera y segunda medición, indicando una tendencia hacia la mejoría posterior a la intervención. Sin embargo, esta diferencia no demostró ser significativa. Esto puede deberse a que las escalas utilizadas no fueron lo suficientemente sensibles como para detectar cambios, a que el tiempo de evaluación resultó muy corto o a que la rehabilitación funcional y cognitiva requieran de intervenciones personalizadas. Por otra parte, la escala PHQ-2 sí tuvo variaciones estadísticamente significativas.

Durante la primera evaluación, realizada previa a la intervención, se observó que en las actividades básicas de la vida diaria (medidas mediante el índice de Barthel) el 42.4% de los participantes tuvieron algún grado de dependencia. Al momento de realizar la búsqueda bibliográfica no se encontraron evaluaciones sobre el envejecimiento saludable en el país. Estas cifras son superiores a las encontradas en un estudio realizado en adultos mayores de la consulta externa del Hospital Enrique Garces (G. E. Medina Salinas, 2018). Sin embargo, ha de considerarse que utilizaron como herramienta de

evaluación al índice de Katz, una herramienta distinta para valoración de ABVD, y trabajaron con adultos mayores que presentaban enfermedades crónicas.

A nivel nacional, el MIES ha trabajado con adultos mayores en distintas modalidades de atención, siendo una de ellas los espacios de socialización y encuentro, donde se oferta un sitio en el cual se pueden reunir los adultos mayores que conservan su autonomía y realizan actividades recreativas, de integración e interacción. En el Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor Atendida por el MIES de la séptima y octava ronda se observó que en esta modalidad el 73.2% presentaron independencia para ABVD (Flores et al., 2021). Este hecho contrasta con los hallazgos de este estudio (57.6% fueron independientes).

Los espacios de socialización y encuentro del MIES tienen como requisitos de entrada que sus asistentes sean “autónomos, independientes o dependientes leves, que pueden trasladarse por sus propios medios” (Ministerio de inclusión económica y social (MIES), 2019). Los talleres realizados en el CEPI fueron dirigidos también a personas con dependencia moderada. Esto podría explicar la mayor independencia en ABVD vista a nivel nacional en los espacios del MIES.

La escala de Lawton y Brody, desarrollada para evaluar AIVD, encontró que casi el 40% de los participantes presentaron algún grado de dependencia y en más del 20% esta dependencia fue grave o total. En un estudio para medir la caminabilidad de un vecindario en Brasil se encontró que de 410 adultos mayores de 60 años residentes en la comunidad el 49.9% presentaba dependencia para al menos una AIVD (Siqueira Fogal et al., 2019). Al contrastar con los datos encontrados en esta investigación observamos que es frecuente encontrar, a nivel comunitario, cierto grado de dependencia para AIVD.

Por otro lado los espacios de socialización y encuentro del MIES, reportaron en la octava ronda que el 36.4% de sus participantes presentaban algún grado de dependencia

para AIVD medida con la escala de Lawton y Brody (Flores et al., 2021). Este es un porcentaje parecido al encontrado en este estudio (40%).

Llama la atención que se observó mayor dependencia para AIVD que para las ABVD, sobre todo porque conceptualmente las primeras se consideran más complejas (González-Rodríguez et al., 2017). Este particular podría deberse a que las AIVD dependen en mayor grado del estado cognitivo mientras que las ABVD lo hacen del estado físico.

En cuanto al deterioro cognitivo, el 78.8% de los participantes no lo presentaron, según el puntaje del Test de Pfeiffer. Este tipo de resultados son cercanos a los encontrados en estudios en los grupos “60 y piquito”, donde el 70,2% de la población no presentó deterioro cognitivo utilizando la misma herramienta de evaluación (G. M. Medina Salinas & Bonilla Lamas, 2017).

El cribado de depresión realizado mediante el cuestionario PHQ-2 resultó positivo en el 24% de los participantes, una cifra más alta de la esperada si consideramos que la prevalencia de depresión durante la vida suele ser del 12.2% y en adultos mayores es de 13.3% (Abdoli et al., 2022; Karimi, 2018). Debemos considerar que la primera evaluación fue realizada durante la pandemia de COVID 19 y que esta situación en muchos casos implicó el empeoramiento de los síntomas depresivos (Kotwal et al., 2021). En los talleres 60 y piquito de la ciudad de Quito se observó que durante la pandemia la prevalencia de depresión ascendió hasta el 30% de sus asistentes (Quisaguano Noroña, 2022).

La salud mental es uno de los aspectos más desatendidos en nuestro país, la última *encuesta de salud, bienestar y envejecimiento* (SABE), realizada en el año 2009 mostró que casi el 40% de los adultos mayores en Ecuador presentaban algún grado de depresión (Freire et al., 2010). Sin embargo, esta encuesta también indica que la prevalencia de depresión depende, en gran medida, de las condiciones sociales, y que cuando se contaban de adecuadas condiciones la prevalencia disminuía a menos del 12%. Nuestra población,

al encontrarse en un centro médico particular, en general goza de adecuadas condiciones sociales.

Al realizar en análisis bivariado, comparando los resultados del índice de Barthel en la primera y segunda evaluación vemos que no existieron cambios significativos tras la asistencia al taller. Sin embargo, existen varios estudios que demuestran que las personas que permanecen activas física y socialmente presentan mayor índice de Barthel e independencia para actividades básicas de la vida diaria (Merchant et al., 2021; Tornero-Quiñones et al., 2020). Ocurre algo similar a lo visto con el índice de Barthel en la escala de Lawton y Brody, en la cual tampoco se evidenciaron cambios significativos tras la participación en los talleres.

Pese al beneficio teórico de la actividad física y de los talleres de envejecimiento saludable, en otras intervenciones comunitarias (Ballesteros et al., 2020), tampoco se observaron cambios ni el índice de Barthel ni en la escala de Lawton y Brody. Hemos de tomar en cuenta, que la funcionalidad es multifactorial, y que es influenciada por factores sociodemográficos, actividad física y condiciones de salud, incluyendo tanto patologías crónicas como agudas por lo que podría ser necesario realizar, intervenciones más individualizadas o bien analizar periodos más largos de tiempo.

En cuanto al deterioro cognitivo (medido mediante el cuestionario de Pfeiffer) se observó que hubo una discreta mejoría, donde dos individuos pasaron de presentar deterioro cognitivo leve a llegar a un rango de normalidad en esta prueba, sin embargo, estos cambios no fueron significativos y podrían deberse al azar. Cabe mencionarse que el test de Pfeiffer es una prueba de cribado, por lo que no es tan sensible o específica como otras herramientas más detalladas. Adicionalmente los asistentes a los talleres, en su gran mayoría, no presentaron deterioro cognitivo, y cuando lo hicieron este fue de grado leve.

Por otro lado, Calatayud et al, observaron que su programa de estimulación cognitiva sí presentó beneficio en sus participantes, sin embargo en este estudio se

desataca el uso de una prueba que evalúa más dominios cognitivos, así logran evidenciar que su intervención benefició sobre todo a la orientación temporal y a las praxias, este último no es un dominio que el test de Pfeiffer evalúe (Calatayud et al., 2020).

Como resultado vimos que a corto plazo los talleres de envejecimiento saludable realizados en el CEPI no alteraron de manera significativa las pruebas de funcionalidad realizadas ni tampoco influyeron en el cribado de deterioro cognitivo. Queda la duda de si esto se debió a las limitaciones de las herramientas utilizadas o a que esta intervención no ha tenido una intención rehabilitadora, ni física ni cognitiva, que se enfoque en las necesidades particulares de cada individuo.

El test de cribado de depresión PHQ-2 presentó menor positividad tras la intervención, cambio que mostró ser estadísticamente significativo. Este hecho podría interpretarse como una mejoría a nivel emocional, pero se debe recalcar que el cuestionario PHQ-2 no es un test diagnóstico, sino de tamizaje.

La aparente mejoría emocional puede deberse a múltiples condiciones, por ejemplo, los pacientes que acudieron estaban previamente aislados en respuesta a la pandemia COVID-19, por lo que al volver a socializar se esperaba una mejoría de los síntomas depresivos. En talleres realizados en Manizales - Colombia se vio que los participantes presentaban un mayor autocuidado y autoconciencia (Ballesteros et al., 2020). Además, las intervenciones que aplican psicología positiva en los adultos mayores disminuyen los síntomas depresivos (Cuadra-Peralta et al., 2012) y los talleres podrían contribuir a cambiar la percepción y el significado del envejecimiento.

Las intervenciones que realizan actividades cognitivas y físicas con un enfoque lúdico contribuyen a mejorar la calidad de vida y también el estado anímico de los individuos (Rey Cao et al., 2011). El desarrollo de redes sociales ayuda a regular y controlar los momentos de crisis (Levkovich et al., 2021), es así como los talleres pudieron contribuir a superar los sentimientos de aislamiento y depresión.

CAPÍTULO VI

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.1. Conclusiones

- Los talleres desarrollados en el CEPI demostraron cambios en la capacidad intrínseca de sus participantes durante el periodo 2021-2022.
- Los talleres de envejecimiento saludable no demostraron cambios significativos en el componente cognitivo del potencial mental de los adultos mayores tras al menos 6 meses de asistencia.
- El potencial físico, valorado con las escalas de Barthel y de Lawton y Brody no se vio alterado de forma significativa tras asistir por al menos 6 meses a los talleres de envejecimiento saludable.
- Se observó que los adultos mayores que acudieron a los talleres de envejecimiento saludable presentaron mejoría estadísticamente significativa en la escala cribado de depresión PHQ-2, por lo que se evidencia cambios en el componente emocional del potencial mental tras al menos 6 meses de asistencia.

3.1.2 Recomendaciones

- Se sugiere la utilización de escalas con poder diagnóstico para lograr una mejor valoración del efecto de los talleres, ya sea a corto, mediano o largo plazo.

- Para la valoración del potencial mental, a nivel cognitivo, una herramienta que comprenda más dominios posiblemente evidenciaría más cambios. Se propone el uso de una escala como el Mini mental State Examination (MMSE) para poder comparar los resultados con otras intervenciones.
- La evaluación del potencial físico a nivel comunitario debería ser más detallada. Para esto se podrían utilizar valoraciones como el Short Physical Performance Battery (SPPB), herramienta que adicionalmente es la utilizada para otros programas de prescripción de ejercicio físico como el proyecto Vivifrail.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *132*, 1067–1073. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2021.10.041>
- Abizanda Pedro, L. R. (Ed.). (2015). *Tratado de Medicina Geriatria. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Elsevier.
- Álvarez Yáñez, P., Pazmiño Figueroa, L., Villalobos, A., & Villacis, J. (2010). Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. In F. Segovia Baus (Ed.), *Dirección de Normatización del SNS*.
- Araujo De Carvalho, I., Martin, C., Cesari, M., Sumi, Y., Thiyagarajan, J. A., & Beard, J. (2017). Operationalising the concept of intrinsic capacity in clinical settings. *WHO CLINICAL CONSORTIUM ON HEALTHY AGEING*, 2–31.
- Aroogh, M. D., Condidate, P., Shahboulaghi, F. M., & PhD. (2020). Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *8(1)*, 55. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055>
- Ballesteros, L. G., Zuluaga, S. L., Hoyos, A. M. O., Gómez, O., & GonzalezBallesteros, L. (2020). “Me Cuido Activo Manizales”: A Community Care Model Based on an Active Aging Framework for Elderly People in Colombia. *Innovation in Aging*, *4(Suppl 1)*, 92. <https://doi.org/10.1093/GERONI/IGAA057.304>

- Batsis, J. A., Daniel, K., Eckstrom, E., Goldlist, K., Kusz, H., Lane, D., Loewenthal, J., Coll, P. P., & Friedman, S. M. (2021). Promoting Healthy Aging During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), 572–580. <https://doi.org/10.1111/JGS.17035/FORMAT/PDF>
- Bonaccorsi, G., Manzi, F., Del Riccio, M., Setola, N., Naldi, E., Milani, C., Giorgetti, D., Dellisanti, C., & Lorini, C. (2020). Impact of the Built Environment and the Neighborhood in Promoting the Physical Activity and the Healthy Aging in Older People: An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–27. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17176127>
- Bravo, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. In *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014*. Memoria académica.
- Calatayud, E., Plo, F., & Muro, C. (2020). Analysis of the effect of a program of cognitive stimulation in elderly people with normal aging in primary care: Randomized clinical trial. *Atencion Primaria*, 52(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2018.09.007>
- Cesari, M., De Carvalho, I. A., Thiyagarajan, J. A., Cooper, C., Martin, F. C., Reginster, J. Y., Vellas, B., & Beard, J. R. (2018). Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(12), 1653–1660. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>
- Cesari, M., Marzetti, E., Thiem, U., Pérez-Zepeda, M. U., Abellan Van Kan, G., Landi, F., Petrovic, M., Cherubini, A., & Bernabei, R. (2016). The geriatric management of frailty as paradigm of “The end of the disease era.” *European Journal of Internal Medicine*, 31, 11–14. <https://doi.org/10.1016/J.EJIM.2016.03.005>

Cicerone, K. D., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J. v., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Kingsley, K., Nagele, D., Trexler, L., Fraas, M., Bogdanova, Y., & Harley, J. P. (2019). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *100*(8), 1515–1533. <https://doi.org/10.1016/J.APMR.2019.02.011>

Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, *25*(4), 644–652. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003>

da Silva, J. B., Rowe, J. W., & Jauregui, J. R. (2021). Envejecimiento saludable en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *45*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.125>

ecognitiva. (2022). *Ejercicios de Lenguaje para Mayores| Estimulación Cognitiva*. <https://www.ecognitiva.com/lenguaje/>

Fernández-Mayoralas, G., Schettini, R., Sánchez-Román, M., Rojo-Pérez, F., Agullo, M. S., & Forjaz, M. J. (2018). EL PAPEL DEL GÉNERO EN EL BUEN ENVEJECER: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA CIENTÍFICA. *Prisma Social*, *21*, 149–176.

Flores, S., Sanchez, P., Flores, C., & Rosero, G. (2021). *Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor atendida por el MIES Séptima y Octava ronda*.

Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., Waters, W. F., Salinas, J., & Álvarez, P. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y*

Envejecimiento SABE I Ecuador (F. Segovia, Ed.; 1st ed.). Aliméntate Ecuador/USFQ.

Friedman, S. M., Mulhausen, P., Cleveland, M. L., Coll, P. P., Daniel, K. M., Hayward, A. D., Shah, K., Skudlarska, B., & White, H. K. (2019). Healthy Aging: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(1), 17–20. <https://doi.org/10.1111/JGS.15644>

Fundación ponte en mi piel. (2016). *Escuelas Psoriasis - 1era Escuela*. LaVanillaFilms. <https://www.youtube.com/watch?v=x-KPg3Wav7s>

García-Lara, J. M. A., Navarrete-Reyes, A. P., Medina-Méndez, R., Aguilar-Navarro, S. G., & Avila-Funes, J. A. (2017). Successful aging, a new challenge for developing countries: The Coyoacán Cohort. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 21(2), 215–219. <https://doi.org/10.1007/S12603-016-0728-8>

George, P. P., Lun, P., Ong, S. P., & Lim, W. S. (2021). A Rapid Review of the Measurement of Intrinsic Capacity in Older Adults. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(6), 774–782. <https://doi.org/10.1007/S12603-021-1622-6/TABLES/4>

Gonçalves, J., Gomes, M. I., Fonseca, M., Teodoro, T., Barros, P. P., & Botelho, M. A. (2017). Selfie aging index: An index for the self-assessment of healthy and active aging. *Frontiers in Medicine*, 4(DEC), 22. <https://doi.org/10.3389/FMED.2017.00236/FULL>

González-Rodríguez, R., Gandoy-Crego, M., & Clemente, M. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4), 184–188. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184

- Harvey, P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 21*(3), 227. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/PHARVEY>
- Hernando Gouzy, A., carlos morales ruiz Revista Salud Areandina, juan, & Salazar, G. (2014). La dimensión social del envejecimiento. *Revista Salud Areandina, 3*(2), 55–67.
- Hsu, H.-C., Liang, J., Luh, D.-L., Chen, C.-F., & Wang, Y.-W. (2019). *Social Determinants and Disparities in Active Aging Among Older Taiwanese*. <https://doi.org/10.3390/ijerph16163005>
- INEC. (2010). *ECUADOR: PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR PROVINCIAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD PERIODO 2010-2020*.
- Jaspers, L., Schoufour, J. D., Erler, N. S., Darweesh, S. K. L., Portegies, M. L. P., Sedaghat, S., Lahousse, L., Brusselle, G. G., Stricker, B. H., Tiemeier, H., Ikram, M. A., Laven, J. S. E., Franco, O. H., & Kavousi, M. (2017). Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(3), 276.e1-276.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.021>
- Karawani, H., Jenkins, K., & Anderson, S. (2018). Restoration of sensory input may improve cognitive and neural function. *Neuropsychologia, 114*(301), 203. <https://doi.org/10.1016/J.NEUROPSYCHOLOGIA.2018.04.041>
- Karimi, J. (2018). *Screening for Major Depression in Elderly Primary Care Patients Using the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* [University of Massachusetts Amherst]. https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/159

- Kotwal, A. A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R. L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., Escueta, D. P., Lee, J. M., & Perissinotto, C. M. (2021). Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, *69*(1), 20–29. <https://doi.org/10.1111/JGS.16865>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2010.03.006>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, *41*(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Lara-Díaz, M. F., Beltrán-Rojas, J. C., Araque-Jaramillo, S. M., Lara-Díaz, M. F., Beltrán-Rojas, J. C., & Araque-Jaramillo, S. M. (2019). Resultados de un programa de estimulación lingüística y cognitiva dirigido a adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. *Revista de La Facultad de Medicina*, *67*(1), 75–81. <https://doi.org/10.15446/REVFACMED.V67N1.60831>
- LASTRE MEZA, K. (2019). Efectos de un programa de estimulación del lenguaje en adultos mayores con envejecimiento comunicativo normal . *Psicología Desde El Caribe*, *36*, 377–399. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.3.400.1>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3), 179–186.
- Levkovich, I., Shinan-Altman, S., Essar Schvartz, N., & Alperin, M. (2021). Depression and Health-Related Quality of Life Among Elderly Patients during the COVID-19

Pandemic in Israel: A Cross-sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1–8. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150132721995448>

Lu, W., Pikhart, H., & Sacker, A. (2019). Domains and Measurements of Healthy Aging in Epidemiological Studies: A Review. *The Gerontologist*, 59(4), e294–e310. <https://doi.org/10.1093/GERONT/GNY029>

MAHONEY, F. I., & BARTHEL, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

Margolick, J. B., Bream, J. H., Martínez-Maza, O., Lopez, J., Li, X., Phair, J. P., Koletar, S. L., & Jacobson, L. P. (2017). Frailty and circulating markers of inflammation in HIV+ and HIV2 men in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), 407–417. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001261>

Martínez De La Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Carmen, M., Vilches, O., Aguado Taberné, C., Colomer, C. A., & Luque, R. L. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117, 129–134.

Martinez, P., Soto, G., Brandt, S., Guajardo, V., & Rojas, G. (2020). Validación inicial de Patient Health Questionnaire 2-Item para detectar síntomas depresivos en diabéticos y/o hipertensos en la atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile*, 148, 1614–1618.

Mata Hidalgo, C. M. (2019). *EFEECTO DE LA PRÁCTICA DE JUEGOS DE COORDINACIÓN MOTORA SOBRE LOS SISTEMAS ATENCIONALES (ATENCIÓN SELECTIVA, DIVIDIDA Y SOSTENIDA) EN LA POBLACIÓN DE SEGUNDO CICLO, PERTENECIENTES A LA ESCUELA IPICIM EN EL CANTÓN*

DE MORAVI [Universidad de Costa Rica].
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79180/TESIS%20MAESTRIA%20CMHR%2C%20CINDY%20MATA%20H.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: Screening and Diagnosis. *American Family Physician*, 98(8), 508–515.

Medina Salinas, G. E. (2018). *VALORACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS" DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2018*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Medina Salinas, G. M., & Bonilla Lamas, M. R. (2017). *Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17D09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre a noviembre 2016*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Merchán Maroto, E., & Cáceres, R. C. (n.d.). *TEMA 6. TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO*.

Merchant, R. A., Morley, J. E., & Izquierdo, M. (2021). Exercise, Aging and Frailty: Guidelines for Increasing Function. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(4), 405–409. <https://doi.org/10.1007/S12603-021-1590-X/FIGURES/3>

Michel, J.-P., & Sadana, R. (2017). “Healthy Aging” Concepts and Measures. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(6), 460–464. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.008>

Miller, T., & Mejía-Guevara, I. (2020). El envejecimiento de la población en Ecuador: la revolución silenciosa. *Personas Adultas Mayores, Ensayos Sobre Sus Derechos*.

Norma Técnica de Población Adulta Mayor Servicios y Programas, (2014).

Ministerio de inclusión económica y social (MIES). (2019). NORMAS TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CENTROS Y SERVICIOS GERONTOLÓGICO. In *MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL*. https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/LIBRO-NORMAS-TECNICAS-final_cOM.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos* (Dirección Nacional de Normatización, Ed.). Guía de Práctica Clínica. www.salud.gob.ec

Nascher, I. L. (1914). Importance of Geriatrics. *Journal of the American Medical Association, LXIII* (25), 2249. <https://doi.org/10.1001/jama.1914.02570250079032>

Niedzwiedz, C., Richardson, E., Tunstall, H., Shortt, N., Mitchell, R., & Pearce, J. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine, 91*, 24–31. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2016.07.016>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad Y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización Mundial de la Salud. (2002). Active ageing: a policy framework. *Active Ageing Series*, 1–60. <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>

Organización Mundial de la Salud. (2015a). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2015b). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud resumen. In Organización Mundial de la Salud (Ed.), *WHO*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2015c). Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores: guía para el uso de los indicadores básicos. In *OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spa.pdf;jsessionid=CD5163876792318CE1921801D70C2321?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Decade of Healthy Ageing*.

Organización Mundial de la Salud. (2020b). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y saludable. In *World Health Organization: Vol. A73/INF./2* (punto 15.1 del orden del día provisional; Issue 73.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD).

Organización Mundial de la Salud. (2020c, October 26). *Ageing: Healthy ageing and functional ability*. Q&A Detail. <https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>

Organización Mundial de la Salud. (2020d, November 26). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen. *Organización Mundial de La Salud*.
- Palma, W. I. T., & Galaz, M. M. F. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36(1), 9–48. <https://doi.org/10.18800/PSICO.201801.001>
- Perilla Orozco, D., Pantoja Molina, A., & Sánchez Duque, J. (2020). Abordaje integral del adulto mayor: una mirada desde la atención primaria. *Atención Familiar*, 27(2), 109–110. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.2.75205>
- Quisaguano Noroña, C. P. (2022). *Depresión en los adultos mayores usuarios del programa 60 y piquito del sur de Quito confinados durante la pandemia por COVID-19* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/25869/1/FCP-CPC-QUISAGUANO%20CYNTHIA.pdf>
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263–275. <https://doi.org/10.1016/J.ARR.2012.07.003>
- Rey Cao, A., Canales Lacruz, I., & Táboas Pais, M. I. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 74–80. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2010.08.005>
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454–459.

- Rodriguez-Mañas, L., Rodríguez-Artalejo, F., & Sinclair, A. J. (2017). The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), 8–9. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2016.10.005>
- Saba, M., & Piolino, P. (2021). *The Effect of Attention Process Training (APT-II) On Cognitive and Daily Life Functioning in Patients With a Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-861371/v1>
- Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Wu, Y. T., Giné-Vázquez, I., Prina, M., De La Fuente, J., Daskalopoulou, C., Critselis, E., De La Torre-Luque, A., Panagiotakos, D., Arndt, H., Ayuso-Mateos, J. L., Bayes-Marin, I., Bickenbach, J., Bobak, M., Caballero, F. F., Chatterji, S., Egea-Cortés, L., García-Esquinas, E., ... Haro, J. M. (2021). Development of a common scale for measuring healthy ageing across the world: Results from the ATHLOS consortium. *International Journal of Epidemiology*, 50(3), 880–892. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa236>
- Segovia Caicedo, M. A. (2013). Eficacia de una intervención educativa-comunicacional en los cuidadores de niños, niñas y adolescentes, con dermatitis atópica, que acuden al centro de la piel (CEPI), Quito. [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. In *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/5832>
- Siew, S. K. H., Mahendran, R., & Yu, J. (2021). Directional Effects of Social Isolation and Quality of Life on Anxiety Levels Among Community-Dwelling Older Adults During a COVID-19 Lockdown. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.03.012>

- Siqueira Fogal, A., Pessoa, C., Inácio, E., Filho, F., & Ribeiro, A. Q. (2019). Built urban environment and functional incapacity: Enabling healthy aging. *Journal of Transport & Health*, *14*. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2019.100574>
- Tapia, J. L., & Duñabeitia, J. A. (2021). Improving Language Acquisition and Processing with Cognitive Stimulation. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1705. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.663773/BIBTEX>
- Tomioaka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/S12877-017-0502-8>
- Tornero-Quiñones, I., Sáez-Padilla, J., Díaz, A. E., Robles, M. T. A., & Robles, Á. S. (2020). Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. *International Journal of Environmental Research and Public Health* *2020*, *Vol. 17*, *Page 1006*, *17*(3), 1006. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17031006>
- Tsantali, E., Economidis, D., & Rigopoulou, S. (2017). Testing the benefits of cognitive training vs. cognitive stimulation in mild Alzheimer's disease: A randomised controlled trial. *Brain Impairment*, *18*(2), 188–196. <https://doi.org/10.1017/BRIMP.2017.6>
- Ukawa, S., Tamakoshi, A., Okada, Y., Ito, Y., Taniguchi, R., Tani, Y., Sasaki, Y., Saito, J., Haseda, M., Kondo, N., & Kondo, K. (2020). Social participation patterns and the incidence of functional disability: The Japan Gerontological Evaluation Study. *Geriatrics & Gerontology International*, *20*(8), 765–772. <https://doi.org/10.1111/GGI.13966>

- UNECE. (2018). Active Ageing Index (AII) in Non-Eu Countries and At Subnational Level. In *Unece* (Issue August).
- Warren, M. (1950, October). Activity in advancing years. *British Medical Journal*, 921–924. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2039163/pdf/brmedj03569-0021.pdf>
- Wolf, T. J., & Baum, C. M. (2015). Improving participation and quality of life through occupation. *Stroke Rehabilitation*, 46–58. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-17281-3.00002-2>
- Zhang, H., Wang, J., Sun, T., Wang, Z., Lyu, X., Yu, X., & Wang, H. (2018). *A randomized controlled trial of combined executive function and memory training on the cognitive and noncognitive function of individuals with mild cognitive impairment: Study rationale and protocol design.* <https://doi.org/10.1016/j.trci.2018.09.004>

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de recolección de datos

Talleres envejecimiento saludable

Código del participante

Fecha de evaluación

yyyy-mm-dd

Fecha de nacimiento

yyyy-mm-dd

Género

- Hombre
 Mujer

Funcionalidad: Actividades básicas de la vida diaria

Resultado de índice de Barthel

- 0-20
 21-60
 61-90
 91-99
 100

Funcionalidad: Actividades instrumentales de la vida diaria

Resultado escala de Lawton y Brody para mujeres

- 0-1
 2-3
 4-5
 6-7
 8

Funcionalidad: Actividades instrumentales de la vida diaria

Resultado escala de Lawton y Brody para hombres

- 0
 1
 2-3
 4
 5

Cribado deterioro cognitivo

Resultado test de Pfeiffer

- 0-2
 3-4
 5-7
 8-10

Cribado depresión

Resultados PHQ2: 3 o más es positivo

- Si
 No

ANEXO 2. Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL		
Versión original por (MAHONEY & BARTHEL, 1965), versión en español de (Ministerio de inclusión económica y social (MIES), 2019)		
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Aseo personal	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente	10
Bañarse	Dependiente	0
	Independiente	5

Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Independiente para subir y bajar	10
Vestirse o desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer aproximadamente la mitad de las cosas sin ayuda	5
	Independiente incluyendo botones, cremalleras y cordones	10
Control de heces	Incontinente	0
	Accidente excepcional (uno por semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente	0
	Accidente excepcional (máximo uno en 24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días	10
	Puntuación total	

0 - 20	Dependencia Total
21 - 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia

ANEXO 3. Cuestionario breve de la función cognitiva (test de Pfeiffer, versión española; SPMSQ-VE) (Martínez De La Iglesia et al., 2001)

1. ¿Qué día es hoy?
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. Cuál es su número de teléfono?
- 4A. ¿Cuál es su dirección? (preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0

Número total de errores: _____

Resultados:

0 - 2 normal

3 - 4 Deterioro leve

5 - 7 Deterioro moderado

8 - 10 Deterioro severo

ANEXO 4. Escala de Lawton y Brody

Versión original por (Lawton & Brody, 1969), **versión en español de**
(Norma Técnica de Población Adulta Mayor Servicios y Programas, 2014)

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1

- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1

- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

ANEXO 5 Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)(Kroenke et al., 2003; Martinez et al., 2020)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
	0	+	+	+

Total=

Punto de corte para positividad = 3 o más

ANEXO 6. Consentimiento informado

Documento de Consentimiento Informado para los asistentes de los talleres de envejecimiento saludable “Años mágicos” que deseen participar en el estudio de “RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LOS TALLERES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE REALIZADOS EN EL CENTRO DE LA PIEL DURANTE EL PERIODO 2021-2022.”

Nombre del Investigador Principal. Dra. Sara Martina Bonilla Martínez

Nombre de la Organización. Especialidad médica de Geriátría y gerontología

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción

Soy estudiante de la especialidad médica de Geriátría y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Quito) me encuentro realizando el proyecto de investigación previo a la obtención de especialista. El tema a investigar es “RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LOS TALLERES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE REALIZADOS EN EL CENTRO DE LA PIEL DURANTE EL PERIODO 2021-2022.”. Le voy a proveer la información respectiva y le invito a que participe de manera voluntaria de esta investigación, cualquier duda o inquietud podré contestarle gustosamente.

Propósito

Con el fin de promocionar un envejecimiento activo y saludable, el Centro de la Piel (CEPI) instauró, en colaboración con el posgrado de geriatría y gerontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, los talleres “Años mágicos”.

Múltiples estudios han demostrado que la participación en grupos como el propuesto se asocia a una mejor calidad de vida y mejor estado de salud en general.

El propósito de este estudio es valorar los resultados a corto plazo de los talleres sobre sus participantes.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. De elegir no participar en el estudio, puede seguir asistiendo a los talleres y a la consulta médica en el CEPI

PROCEDIMIENTO

Descripción del Proceso

Durante la investigación.

Se tomará como referencia la información obtenida en la ficha de inscripción a los talleres y esta ficha será repetida al cabo de por lo menos 6 meses con el fin de comparar sus parámetros entre inicio y actualidad. Los datos a evaluarse corresponden a escalas de valoración de actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, cribados de depresión y deterioro cognitivo, utilizando las mismas herramientas que fueron aplicadas durante la inscripción a los talleres.

Duración

Esta investigación durará 6 meses en total, en los que las pruebas descritas le serán aplicados al inicio y al final del periodo.

Riesgos

No existen riesgos asociados a este estudio

Beneficios

NO obtendrá beneficios individuales, pero participar de la investigación, pero la información obtenida será de gran utilidad para plantear ampliación del proyecto de talleres y estructurarlo de manera que se potencien sus efectos positivos en la calidad de vida de sus participantes.

Confidencialidad

Toda la información y resultados que se obtengan se mantendrán confidencial, solo con fines educativos y para el mejoramiento de los talleres realizados. Los datos serán recogidos de forma anónima, no se solicitará ningún dato que pueda identificar al investigado.

Derecho a negarse o retirarse

Usted tiene el derecho de elegir si participa o no en esta investigación, si no desea hacerlo no habrá ningún problema y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma en

el desarrollo de los talleres o en el trato médico. Este protocolo del estudio ha sido revisado y aprobado por el Subcomité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, el cual se asegura de proteger y evitar daños a los participantes de la investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Cédula del Participante _____

Fecha _____ hora:

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Sara Martina Bonilla Martínez

Firma del Investigador _____

Cédula del Investigador: 1716729007

Fecha _____ Día/mes/año

Información de contacto: telf. 0988472134/ email smbonilla@puce.edu.ec

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente).

EN CASO DE REQUERIR MÁS INFORMACIÓN AL RESPECTO SE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA INVESTIGADORA.

ANEXO 7. Registro fotográfico

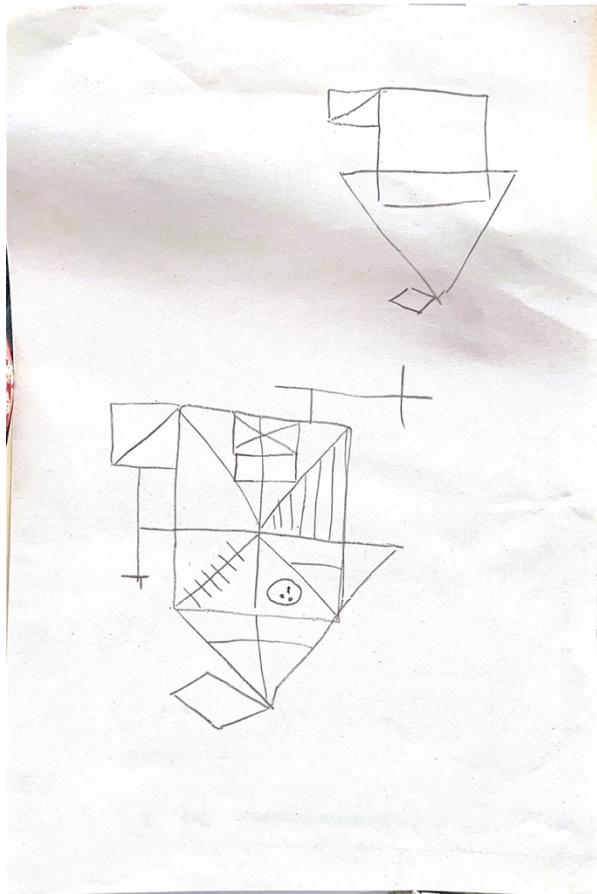
Actividad Física





Estimulación cognitiva





Actividades recreativas











Charlas educativas





Adaptar el hogar de una persona mayor no es convertirlo en algo ajeno.

Es importante que las personas sigan teniendo la sensación de que están en su casa, rodeados de sus recuerdos y de las cosas que le gustan.

No tiene por qué ser un proceso inmediato y radical, se aconseja actuar de manera progresiva y de acuerdo a las particularidades de cada momento.

Cualquier modificación en los hábitos o en el entorno tiene consecuencias a nivel psicológico y emocional.



Adaptaciones en el domicilio

para adultos mayores



Medidas preventivas

- Retirar alfombras de pisos o fijarlas
- Graduar la iluminación ambiental, evitando sombras o destellos.
- Mantener iluminación permanente en el trayecto entre la cama y el baño, en la noche.
- Mantener los caminos sin obstáculos, las salidas despejadas, corredores amplios.
- Cuidar que los cables eléctricos no se encuentren en el piso.
- Acceso fácil al teléfono

En la cocina

Tener fácil acceso a instrumentos, alimentos de la cocina

Ubicar los armarios y estantes fijos a una altura adecuada para la persona

Limpiar inmediatamente cualquier derrame de líquidos en el piso

En el baño

Disponer de barandillas, tanto en la ducha como en el retrete

Se puede utilizar asientos elevados y barras laterales en el inodoro

Evitar que los suelos sean de material deslizante

Se puede instalar cintas antiderrames en el piso

En los escalones

Poner una cubierta o cinta antiderrapante en cada escalón

Instalar pasamanos a lo largo de toda la escalera, en ambos lados

Asegurarse que la escalera está bien iluminada, los escalones bien fijos

Se puede pintar los bordes de cada escalón con un color contrastante de forma que se distinga claramente

Más consejos...



- Secar bien los oídos después de bañarse en casa o en la piscina. Es una práctica imprescindible para evitar la humedad en el conducto auditivo y posibles infecciones.
- Evitar introducir objetos extraños en el canal auditivo, también los hisopos o cotonettes ya que no son recomendables para la limpieza de nuestros oídos. Su uso puede causar daños irreversibles relacionados con la pérdida auditiva.
- No aplicar gotas o remedios caseros en el oído sin la previa consulta a un médico especialista.
- Limitar el tiempo en ambientes y espacios ruidosos. Intentar alternar actividades más ruidosas con períodos de calma. Con este pequeño ejercicio, su audición verá una mejoría.



CIUDADANOS DEL OÍDO DEL ADULTO MAYOR

PRESBIACUSIA

Con el paso de los años, el cuerpo nos va dando señales de que llegó la hora de prestar atención a algunas funciones, como por ejemplo "nuestra audición".

La presbiacusia es un déficit auditivo que se produce por un deterioro progresivo del oído interno a causa de la edad. Generalmente comienza a manifestarse a partir de los 60 o 65 años. Además, pueden sumarse otros factores desencadenantes como infecciones auditivas, hipertensión, diabetes, traumatismos, entre otras.

Hay muchas señales en una persona cuando va perdiendo la audición, como, por ejemplo: molestia frente a sonidos fuertes; mucha dificultad para entender conversaciones telefónicas y de persona a persona cuando están en un ambiente ruidoso como restaurantes, conferencias o reuniones familiares. Pueden aparecer zumbidos en los oídos, conocidos como acúfenos. Se observa también dificultad para entender palabras que contengan letras como la "T" o la "S".



Presbiacusia: Cuidados a tener en cuenta

- Proteger el oído de sonidos fuertes y estridentes de su entorno, como obras en la calle o altavoces en un concierto.
- Usar auriculares a un volumen adecuado.
- Bajar el volumen de la televisión, de la radio y de equipos de sonido o reproductores de música.
- Utilizar tapones o cascos con auriculares aislantes del sonido, si se trabaja con ruidos fuertes. Estos elementos de protección auditiva ayudan a que nuestra audición no se vea dañada por sonidos demasiado intensos.

Importancia

La vacunación es una de las estrategias coste-efectivas más importantes en la prevención de las enfermedades infecciosas.

A medida que pasan los años, nuestro sistema inmunológico tiende a disminuir su capacidad de defensa, lo que nos pone en mayor riesgo de contraer ciertas enfermedades.

Las vacunas reducen la posibilidad de propagar o contraer enfermedades.

Han ayudado a frenar epidemias mortales. Son seguras, probadas y monitoreadas continuamente. Sus efectos secundarios suelen ser leves y desaparecen en unos pocos días.

Es labor de todos conocer que vacunas debemos recibir siendo adultos.

Si tienes enfermedades crónicas cardiacas, pulmonares, autoinmunes, renales, cáncer, Diabetes mellitus es necesario estar al día en tus vacunas.

Si deseas conocer más sobre vacunación, pregunta por Geriatría en el CEPI.

Fuente: <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/index.html>
Tratado de Medicina Geriátrica (2020) Abizanda.



Vacunación en Adultos Mayores

Recomendaciones generales de vacunas para personas de 65 años o más.

Vacuna Antigripal

Disminuye la probabilidad de Enfermedad pulmonar grave por el Virus Influenza.

Estudios han demostrado que si te vacunas cada año, tu sistema Inmune se vuelve más fuerte.

Esquema:
1 Dosis cada año

Vacuna DT

Se busca reactivar la inmunidad contra la Difteria, Tosferina y Tétanos.

Previene ser transmisores de estas enfermedades a los bebés y niños.

Esquema
1) A los 65 años colocar Vacuna DTT
2) Vacuna DT refuerzo 1 vez cada 10 años.

Vacuna AntiNeumococo

Disminuye el riesgo de padecer enfermedad grave pulmonar, cerebral o en sangre por la bacteria Neumococo.

Esquema:

- 1era Dosis con Vacuna conjugada 13-valente
- 2da Dosis a los 12 meses con Vacuna polisacárida 23-valente

Vacuna frente al Herpes Zoster

Disminuye las hospitalizaciones y formas graves de esta enfermedad "La culebrilla".

Menor riesgo de presentar Neuralgia postherpética (dolor crónico).

Esquema:
1 Dosis una sola vez en la vida
Esperar 1 año si ya presentó Herpes Zoster

Materiales



