

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

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

**ESTADO DE SALUD CLÍNICA, FUNCIONAL, MENTAL Y SOCIAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO SAN PABLO**

LOYO CARCHI SCARLET NATHALY

QUILCA PASTAZ SILVIA YOLANDA

TUTOR: LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

IBARRA – ECUADOR

JULIO, 2024

Ibarra, 26 de Agosto del 2024

Yo, Magister

Lilian Anais Bastidas Obando

RESPONSABLE DE TITULACIÓN CARRERA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES

De mi consideración:

Mediante el presente, tengo a bien certificar que el trabajo de integración curricular de la estudiante: **Scarlet Nathaly Loyo Carchi** con el tema: **ESTADO DE SALUD CLÍNICA, FUNCIONAL, MENTAL Y SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO SAN PABLO.**

Una vez analizado por la herramienta de detección de coincidencias y prevención del plagio académico utilizada por la institución, TURNITIN, obtiene el 9% de coincidencia. Por lo que se encuentra en el rango establecido de acuerdo a los criterios de valoración del porcentaje de similitud establecidos por la PUCE.



FIRMA:

LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

C.I. 0502929045

FECHA: 26/08/2024

Ibarra, 26 de Agosto del 2024

Yo, Magister

Lilian Anais Bastidas Obando

RESPONSABLE DE TITULACIÓN CARRERA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES

De mi consideración:

Mediante el presente, tengo a bien certificar que el trabajo de integración curricular de la estudiante: **Silvia Yolanda Quilca Pastaz** con el tema: **ESTADO DE SALUD CLÍNICA, FUNCIONAL, MENTAL Y SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO SAN PABLO.**

Una vez analizado por la herramienta de detección de coincidencias y prevención del plagio académico utilizada por la institución, TURNITIN, obtiene el 9% de coincidencia. Por lo que se encuentra en el rango establecido de acuerdo a los criterios de valoración del porcentaje de similitud establecidos por la PUCE.



FIRMA:

LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

C.I. 0502929045

FECHA: 26/08/2024

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

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

Ibarra, 23 de agosto de 2024

(f): _____

Silvia Yolanda Quilca Pastaz

C.C.: 1003582812

AUTORIA

Yo, *Scarlet Nathaly Loyo Carchi* portadora de la cedula de ciudadanía N° 1050391448, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autora, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

(f) Loyo Carchi
Scarlet
Nathaly



Firmado digitalmente por
Loyo Carchi Scarlet Nathaly
Fecha: 2024.08.23 12:45:03
-05'00'

Scarlet Nathaly Loyo Carchi

C.C. 1050391448

AUTORIA

Yo, *Silvia Yolanda Quilca Pastaz*, portadora de la cedula de ciudadanía N° 1003582812, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autora, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

(f):.....

Silvia Yolanda Quilca Pastaz

C.C. 1003582812

DEDICATORIA

A Dios, por ser guía y fortaleza en cada paso de este viaje académico. A mi mamá, por su amor incondicional y su apoyo constante; todo este esfuerzo es para ella, que ha sido el pilar de mi éxito y a mis abuelitos, por su sabiduría, ayuda y protección en cada decisión. Este trabajo es un testimonio de su influencia y de la gratitud que siento por todo lo que me han brindado. Gracias por ser la razón detrás de cada logro y por su constante apoyo en cada etapa de mi vida.

Loyo Carchi Scarlet Nathaly

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a mi hija ya que es un testimonio de amor y dedicación hacia ella. En cada página, se refleja el deseo profundo de ser un ejemplo, no solo en el presente, sino también en el futuro. Fueron tantas malas noches que pasaste a mi lado siendo testigo del esfuerzo que realizaba por dedicarte más tiempo y cumplir con mi responsabilidad de ser madre y a la vez estudiante. Tu presencia en mi vida ha sido la mayor fuente de inspiración y motivación. Cada esfuerzo realizado en la construcción de este trabajo está dedicado a ti, con la esperanza de que encuentres en ella un recordatorio de mi amor incondicional y mi compromiso de ser un modelo a seguir para ti. Que este logro académico sea un símbolo de perseverancia, superación y la búsqueda constante de la excelencia, valores que deseo inculcarte para que puedas alcanzar tus metas con determinación y pasión. Que cada logro que obtengas en el futuro esté respaldado por el amor, el esfuerzo y la dedicación que he depositado en esta tesis, con la firme convicción de que serás capaz de alcanzar tus sueños y ser una luz para los demás.

Con amor y orgullo.

Quilca Pastaz Silvia Yolanda

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica Ibarra por el apoyo y la oportunidad que me han brindado durante mi tiempo en esta institución. Su dedicación a la educación y la excelencia académica ha sido fundamental para el desarrollo de mi tesis.

También, me gustaría agradecer al Centro Gerontológico de San Pablo por su valiosa colaboración en esta investigación. Su disposición ha permitido obtener resultados significativos. De igual manera quiero hacer una mención especial a mi compañera de tesis. Su compromiso, paciencia y apoyo constante han sido fundamentales en este proceso. Juntas hemos superado desafíos, compartido ideas y celebrado nuestros logros.

Loyo Carchi Scarlet Nathaly

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental de mi trayecto académico y personal. Sus apoyos y contribuciones han sido invaluable, y deseo reconocerlos de la siguiente manera:

Agradezco a Dios por darme fortaleza, sabiduría y perseverancia durante este camino. Su guía ha sido mi luz en cada paso que he dado.

Expreso mi gratitud a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por brindarme la oportunidad de crecer académica y personalmente. La calidad educativa y los valores inculcados han dejado una huella imborrable en mi formación. Agradezco a mis profesores por su dedicación, conocimientos compartidos y orientación. Su compromiso con la excelencia académica ha sido una inspiración para mí.

Agradezco de manera especial a mis padres, por ser mi apoyo incondicional. Su amor, comprensión y aliento han sido fundamentales en cada etapa de mi vida.

Agradezco a mi esposo por su constante ánimo y apoyo incondicional. Su comprensión y aliento han sido un pilar fundamental en mi camino hacia la culminación de esta carrera.

Finalmente, agradezco a mis compañeros y en específico a mi compañera de tesis por trabajar juntas de manera responsable y comprometida. Nuestra colaboración ha sido fundamental para alcanzar este logro, y valoro profundamente nuestra dedicación compartida.

Quilca Pastaz Silvia Yolanda

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	4
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS.....	5
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS.....	6
AUTORIA.....	7
AUTORIA.....	8
DEDICATORIA.....	9
Loyo Carchi Scarlet Nathaly.....	9
DEDICATORIA.....	10
Quilca Pastaz Silvia Yolanda.....	10
AGRADECIMIENTO.....	11
Loyo Carchi Scarlet Nathaly.....	11
AGRADECIMIENTO.....	12
Quilca Pastaz Silvia Yolanda.....	12
ÍNDICE DE TABLAS.....	16
ÍNDICE DE FIGURAS.....	17
RESUMEN.....	18
ABSTRACT.....	20
INTRODUCCIÓN.....	1
Línea de investigación.....	2
La calidad de vida y la salud digna son los temas principales de la investigación.....	2
Sublínea de investigación.....	2
CAPÍTULO I - PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos de la investigación:.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Justificación.....	6
CAPÍTULO II - ESTADO DEL ARTE.....	9
Antecedentes.....	9
Esfera Clínica.....	9
Esfera Funcional.....	10
Esfera Mental.....	11
Esfera Social.....	12
Marco teórico.....	14
Envejecimiento.....	14

Tipos de envejecimiento	14
Envejecimiento demográfico.....	14
Envejecimiento activo.....	14
Teorías del Envejecimiento.....	14
Teorías Biológicas del Envejecimiento	15
Teorías Psicológicas del Envejecimiento.....	15
Teorías Sociales del Envejecimiento.....	16
Adulto Mayor.....	17
Clasificación de adultos mayores	17
Clasificación por Edad Cronológica.....	17
Clasificación por Estado Funcional.....	18
Clasificación por Situación de Salud.....	18
Valoración geriátrica integral (VGI)	19
Esferas de la Valoración geriátrica integral (VGI).....	20
Esfera Clínica.....	20
Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).....	20
Esfera Funcional	20
Esfera Mental	21
Esfera Social	22
Bases legales	22
CAPÍTULO III- METODOLOGÍA	25
Enfoque	25
Nivel.....	25
Tipo.....	25
Diseño	25
Población.....	26
Criterios de inclusión	26
Criterios de exclusión.....	26
Criterios de eliminación:	27
Muestra	27
Técnicas e instrumentos de investigación	27
Técnicas de recolección de datos	28
Entrevistas personales	28
Instrumentos de investigación	28
Esfera clínica.....	28
Esfera funcional.....	29
Esfera mental.....	29
Esfera social	29
Procedimiento de aplicación	30
Validación de instrumentos.....	31

1. KICA Ficha Clínica y KICA COG:	31
2. Sarco – GS:	32
3. Escala de la Cruz Roja:	32
4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:	33
5. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón:	33
Viabilidad Bioética	33
Presupuesto del estudio	35
Cronograma de actividades	35
CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
Esfera clínica	37
Esfera Funcional	52
Esfera mental	54
Esfera Social	57
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	35
Tabla 2.	35
Tabla 3.	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	37	
Figura 2	38	
Figura 3	39	
Figura 4	40	
Figura 5	41	
Figura 6	42	
Figura 7	43	
Figura 8	44	
Figura 9	45	
Figura 10	46	
Figura 11	47	
Figura 12	48	
Figura 13	50	
Figura 14	51	
Figura 15	52	
Figura 16	53	
Figura 17	54	
Figura 18	55	
Figura 19	Figura 20.....	56
Figura 21	57	

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un desafío creciente para los sistemas de salud a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud proyecta que para 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará, lo que incrementará la demanda de cuidados especializados. En este contexto, es crucial investigar el estado de salud de los adultos mayores para desarrollar políticas y programas de intervención eficaces.

Esta investigación se centró en evaluar el estado de salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Pablo, en el cantón Otavalo, Ecuador. Utilizando la Valoración Geriátrica Integral (VGI), se buscó proporcionar un diagnóstico detallado de estas dimensiones, estableciendo una base sólida para futuras intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de esta población.

Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, evaluando a 70 adultos mayores. Se utilizaron cuestionarios y pruebas estandarizadas para evaluar las cuatro dimensiones clave de la VGI: clínica, funcional, mental y social. Entre las herramientas empleadas se encuentran la escala de la Cruz Roja para evaluar la independencia funcional, el test SARCO-GS para la detección de sarcopenia, el KICA-COG para el diagnóstico de deterioro cognitivo, el test de Yesavage para la evaluación de la depresión y el test de Gijón para la detección de problemas sociales.

Los resultados mostraron un alto nivel de independencia funcional, aunque con restricciones en la movilidad debido a la sarcopenia. Asimismo, se identificó una prevalencia significativa de deterioro cognitivo, depresión y problemas sociales, subrayando la complejidad de las necesidades de esta población.

En conclusión, la VGI se reveló como una herramienta esencial para comprender las múltiples dimensiones de la salud en la vejez. Los hallazgos destacan la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos físicos como los mentales y sociales,

mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores. Este estudio enfatiza la importancia de una evaluación multidimensional para el desarrollo de estrategias de cuidado efectivas y personalizadas.

Palabras clave: Valoración geriátrica integral, Persona adulta mayor.

ABSTRACT

Population aging is a growing challenge for healthcare systems worldwide. The World Health Organization projects that by 2050, the percentage of people over 60 years of age will double, which will increase the demand for specialized care. In this context, it is crucial to investigate the health status of older adults in order to develop effective policies and intervention programs.

This research focused on assessing the clinical, functional, mental and social health status of older adults at the San Pablo Gerontological Day Center in Otavalo canton, Ecuador. Using the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), we sought to provide a detailed diagnosis of these dimensions, establishing a solid basis for future interventions aimed at improving the quality of life of this population.

A quantitative, descriptive and cross-sectional approach was used, evaluating 70 older adults. Questionnaires and standardized tests were used to assess the four key dimensions of IGV: clinical, functional, mental and social. Among the tools used were the Red Cross scale for assessing functional independence, the SARCO-GS test for detecting sarcopenia, the KICA-COG for diagnosing cognitive impairment, the Yesavage test for assessing depression, and the Gijon test for detecting social problems.

The results showed a high level of functional independence, although with mobility restrictions due to sarcopenia. Likewise, a significant prevalence of cognitive impairment, depression and social problems was identified, underlining the complexity of the needs of this population.

In conclusion, the VGI proved to be an essential tool for understanding the multiple dimensions of health in old age. The findings highlight the need for comprehensive

interventions that address physical as well as mental and social aspects, thus improving the quality of life of older adults. This study emphasizes the importance of a multidimensional assessment for the development of effective and personalized care strategies.

Key words: Comprehensive geriatric assessment, Older adult.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que requiere preparación y adaptación, ya que el aumento de la edad conlleva una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, especialmente en ausencia de diagnósticos tempranos que identifiquen condiciones adversas en las distintas esferas geriátricas. Esta realidad es particularmente evidente en los centros gerontológicos, como lo es en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, donde se manifiestan diversas patologías que afectan las esferas clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores, referencia proporcionada por su equipo. Estas condiciones de salud inadecuadas impiden que muchos disfruten de una vejez plena.

La importancia del presente estudio, descrito en el Capítulo I, radica en la necesidad de evaluar el estado de salud de los adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico Diurno San Pablo. Para ello, se utiliza la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como herramienta principal, con el objetivo de conocer detalladamente el estado clínico, funcional, mental y social de esta población. Esta información es crucial para mejorar los servicios ofrecidos en el centro, contribuyendo directamente a la calidad de vida de los adultos mayores.

En el Capítulo II, se establecen los conceptos clave de la investigación, con un enfoque en los adultos mayores y el proceso de envejecimiento. Se analiza cómo el estado de salud de esta población es influenciado por factores tanto intrínsecos como extrínsecos, y se discute cómo la VGI puede contribuir significativamente a mejorar su calidad de vida. La VGI es esencial para evaluar las cuatro esferas mencionadas, ofreciendo la posibilidad de prevenir, tratar o rehabilitar a los adultos mayores, minimizando las complicaciones de las enfermedades que puedan presentar.

El Capítulo III detalla la metodología aplicada en este estudio, que sigue un enfoque cuantitativo, descriptivo y con un diseño transversal no experimental. Este enfoque se implementó en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, utilizando la población total de adultos mayores que asisten a este centro, que cumplen con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, y que consintieron su participación voluntaria. A lo largo del estudio, se aplicaron diversas herramientas y cuestionarios para evaluar las cuatro esferas de la VGI, creando una base de datos detallada sobre el estado de salud de los participantes.

Finalmente, en el Capítulo IV se presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos. Los datos estadísticos y las tabulaciones reflejan el estado de las distintas esferas geriátricas, y mediante tablas y figuras se facilita la interpretación y análisis de los datos recopilados. Esto permite una comprensión más profunda de las condiciones de salud de los adultos mayores en el centro estudiado.

Línea de investigación

La calidad de vida y la salud digna son los temas principales de la investigación actual.

Sublínea de investigación

La sublínea de investigación se centra en Salud y grupos prioritarios que se encuentren vulnerables porque se trabaja con personas adultas mayores con dificultades.

Palabras clave: valoración geriátrica integral, persona adulta mayor.

CAPÍTULO I - PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que está ocurriendo a un ritmo acelerado. En 2020, había en el mundo 1000 millones de personas de 60 años o más; para 2050, esta cifra se duplicará, alcanzando los 2100 millones (Organización Mundial de la Salud, 2023). Este aumento demográfico implica la necesidad de desarrollar mecanismos de salud más robustos, incluyendo programas y proyectos de detección temprana de enfermedades. Es crucial realizar un análisis multidimensional de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para identificar problemas, necesidades y capacidades de los adultos mayores, así como para diseñar estrategias interdisciplinarias de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo que optimicen los recursos y mejoren su calidad de vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el deterioro cognitivo durante la vejez tiene una prevalencia en las Américas del 6.5-8.5%, y el Alzheimer representa entre el 60% y el 70% de estas demencias (Uninorte, 2019). Además, la dependencia funcional es uno de los problemas más graves en los adultos mayores, dificultando la atención y el acceso a los servicios de salud, especialmente cuando se acompaña de deterioro cognitivo. Por ello, aplicar pruebas que evalúen la salud mental en adultos mayores es fundamental para detectar su nivel cognitivo y seguir un tratamiento oportuno.

En Ecuador, la situación demográfica también refleja un cambio significativo, con un crecimiento poblacional de adultos tardíos mayor que en años anteriores. La población está envejeciendo rápidamente debido a la disminución en los niveles de mortalidad y tasas de fecundidad, entre otros factores (Valdivia, 2020). Actualmente, la esperanza de vida en Ecuador es de 80 años para las mujeres y 70 años para los hombres. Se estima que estas cifras

aumentarán en los próximos treinta años, alcanzando los 82 años, alineándose con las tendencias globales de aumento de la longevidad (Brito, 2024).

Según datos del INEC (2019), las principales enfermedades en adultos mayores en Ecuador son: Diabetes Mellitus (7.5%), enfermedades cerebrovasculares (7.5%), influenza y neumonía (7%), enfermedades hipertensivas (6.3%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (3.8%) y enfermedades del sistema urinario (3.4%). Es esencial realizar un seguimiento constante del estado de salud de esta población y prevenir factores de riesgo mediante la aplicación de la VGI.

En la provincia de Imbabura, Ecuador, la situación de los adultos mayores es particularmente preocupante en términos de abandono y desatención familiar. Según un estudio de Erazo (2021) en la ciudad de Ibarra, el 58% de los adultos mayores vive solo, el 45% no recibe visitas de sus familiares, y el 73% indica que sus opiniones no son tomadas en cuenta en las decisiones familiares. Además, el 39% reporta relaciones familiares conflictivas y el 38% ha sufrido maltrato físico o psicológico por parte de sus familiares. Estos datos subrayan la urgente necesidad de abordar las cuestiones sociales y familiares que afectan a los adultos mayores en Imbabura.

La pérdida de funcionalidad y la calidad de vida de los adultos mayores en Ecuador son causadas por diversas patologías. Factores como la inactividad física, los problemas sociales y mentales pueden resultar en dependencia. Sin una VGI completa, es imposible analizar y ayudar eficazmente a esta población, detectando síntomas y síndromes geriátricos que son perjudiciales para su independencia. La falta de un manejo adecuado del plan integral aumenta la probabilidad de institucionalizaciones, deterioro cognitivo, depresión y costos adicionales para el sistema de salud. Una valoración geriátrica adecuada podría prevenir estas

situaciones, garantizando un estado de salud óptimo en los últimos años de vida (Correo Científico Médico, 2022).

Los adultos mayores, considerados un grupo vulnerable y de atención prioritaria, necesitan vivir una vida independiente con la máxima actividad física, mental y social. La evaluación funcional permite detectar, prevenir e intervenir precozmente en los factores de riesgo que causan deterioro funcional, posibilitando el diseño de tratamientos adecuados e individualizados para cada adulto mayor. Esta evaluación elimina o disminuye las causas reversibles de discapacidad y, mediante la rehabilitación y el tratamiento sintomático, aborda las patologías irreversibles (Chicaiza, 2022).

Además, los factores biológicos y psicosociales pueden causar depresión en los adultos mayores. Para analizar el estado de depresión, es importante evaluar otros aspectos como el apoyo social, la soledad, los estilos de afrontamiento, los valores y creencias culturales, los factores de personalidad, las experiencias de estrés y el abuso de sustancias. Cuanta más información se obtenga sobre el adulto mayor, mejores serán los resultados para identificar las intervenciones y terapias adecuadas (Ibagón, 2022).

En este contexto, la implementación de una Valoración Geriátrica Integral (VGI) es fundamental para abordar de manera integral los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los adultos mayores. Esto facilitará la detección y seguimiento oportuno de problemas, permitiendo la implementación de medidas correctivas. El análisis detallado de esta situación también posibilitará a las autoridades locales, instituciones de salud y otros agentes pertinentes diseñar estrategias y políticas de salud adecuadas para mejorar la calidad de vida y el bienestar de esta población.

En este trabajo de investigación, se plantea realizar un análisis integral de la salud física, funcional, mental y social de un grupo de adultos mayores del Centro Gerontológico

Diurno San Pablo, con el fin de comprender de manera integral las complejas dinámicas que afectan la salud de las personas adultas mayores, tomando en cuenta factores intrínsecos y extrínsecos.

Objetivos de la investigación:

Objetivo general.

Identificar el estado de salud clínica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores a través de la evaluación de las cuatro dimensiones de la valoración geriátrica integral, en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, durante el periodo de mayo a agosto del 2024.

Objetivos específicos.

- Indagar a través de la revisión de bibliografía y fuentes documentales confiables, el estado de salud de las personas adultas mayores y las aplicaciones de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para obtener un conocimiento más profundo sobre su implementación en la parroquia de San Pablo del cantón Otavalo.
- Evaluar de manera objetiva los problemas y condiciones de salud de los adultos mayores mediante la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en sus cuatro dimensiones, utilizando diversos cuestionarios específicos para cada área.
- Interpretar los resultados obtenidos en los diferentes test de la valoración geriátrica integral mediante programas o herramientas informáticas válidas para poseer una información veraz y actualizada de la población estudiada.

Justificación

El estudio del estado de salud clínico, funcional, mental y social de los adultos mayores Centro Gerontológico Diurno San Pablo, se realizará para comprender y evaluar la

situación de esta población con la finalidad de obtener información precisa que permita identificar las necesidades de atención médica, social y emocional de los adultos mayores de esta zona, lo que a su vez en un futuro contribuirá a la creación de espacios y programas de salud específicos para este grupo etario.

Quienes se beneficiarán de este estudio son los adultos mayores de la parroquia San Pablo, así como también los profesionales de la salud, autoridades parroquiales y comunitarias que intervienen en la planificación y prestación de servicios para esta población. Es fundamental aplicar la valoración geriátrica integral tomando en cuenta todas las esferas a medir como son clínica, funcional, mental y social por lo que no existe un estudio reciente en el cual tenga datos estadísticos reales sobre el estado de salud de los adultos mayores.

Al finalizar esta presente investigación, los resultados del estudio podrían ser de interés para investigadores, académicos y profesionales del campo de la salud que quieran comprender las necesidades de los adultos mayores en determinados entornos clínicos, funcionales, mentales y sociales, de igual forma este análisis nos permitirán comprender mejor y diseñar el tipo de intervención y estrategias a aplicar a este grupo demográfico.

Es importante señalar que este estudio puede enfrentar limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos, la participación del grupo objetivo y la representatividad de la muestra. Además, factores como la religión, cultura y aspectos sociales de la localidad pueden influir en la recopilación de datos y la interpretación de los resultados. Estas limitaciones deben tenerse en cuenta a la hora de analizar y aplicar los test a los adultos mayores.

El aspecto metodológico a aplicar en este estudio será de manera descriptiva, con un enfoque cuantitativo no experimental, en el que se podría incluir la selección de una muestra representativa de la población adulta mayor de la Parroquia San Pablo y el uso de

herramientas de evaluación clínica, funcional, psicológica y social en el que por cada esfera se aplicará los test correspondientes. Además, en ciertos casos excepcionales para obtener una mejor comunicación con los adultos mayores indígenas se desarrollará la entrevista utilizando el idioma kichwa ya que de esta manera ellos se sentirán con más confianza al responder las preguntas. El enfoque también puede incluir la colaboración con las autoridades locales, comunitarios, centros gerontológicos y unidades de salud pública.

La originalidad de esta investigación se establece en base a la carencia de información sobre el estado de salud aplicado con la VGI a los adultos mayores en la parroquia de San Pablo. Al centrarse en esta parroquia específica, esta investigación tiene como objetivo proporcionar información única y relevante sobre el estado de salud de los adultos mayores en un contexto geográfico y cultural específico que ayudará a generar un conocimiento local e identificar la necesidad que pueden requerir este grupo de personas.

El estudio es factible debido a la gran importancia del estado de salud de los adultos mayores en esta parroquia, se contará con el apoyo de la coordinación del Centro Gerontológico Diurno San Pablo y las familias de los usuarios, de esta manera garantizar el apoyo técnico y logístico necesario para una adecuada investigación, una vez concluido este trabajo el centro diurno tendrá información estadística actualizada.

CAPÍTULO II - ESTADO DEL ARTE

Antecedentes

El contenido que se expone a continuación se fundamenta en diversas investigaciones que abordan la problemática desde múltiples perspectivas en cada una de las esferas de valoración geriátrica, lo cual resulta valioso para este estudio.

Esfera Clínica

El informe "World Report on Ageing and Health" de la Organización Mundial de la Salud (2021) utilizó datos globales de encuestas nacionales y estudios de cohorte para evaluar el estado de salud de los adultos mayores. Los resultados revelaron que una gran proporción de esta población sufre de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Además, el informe destaca la necesidad de sistemas de salud adaptados que puedan manejar estas comorbilidades y proporcionar cuidados continuos para mejorar la calidad de vida de esta población.

Por otra parte, Echagüe et al. (2023) estudiaron a adultos mayores en Paraguay utilizando un diseño cuantitativo descriptivo. Mediante entrevistas estructuradas y cuestionarios estandarizados, encontraron una alta prevalencia de exceso de peso e hipertensión, y una baja incidencia de riesgo de desnutrición en adultos mayores con una edad promedio de 71 años. Las mayores limitaciones se encontraron en las actividades básicas de la vida diaria y en el riesgo social, siendo mujer y el exceso de peso factores asociados con limitaciones funcionales básicas.

Asimismo, Chicaiza (2022) investigó en Ibarra los factores que afectan la calidad de vida de 123 adultos mayores con enfermedades crónicas. Este estudio, con un enfoque cuantitativo descriptivo y diseño no experimental, utilizó cuestionarios para evaluar la prevalencia de hipertensión, diabetes tipo II y enfermedades metabólicas, influenciadas por la situación económica, la ocupación y el género. Los hallazgos concluyeron que estas

enfermedades crónicas degenerativas son determinantes en la salud y calidad de vida de esta población.

Esfera Funcional

De acuerdo con el Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2021), una cantidad considerable de adultos mayores en Imbabura presenta una dependencia moderada en la realización de actividades básicas de la vida diaria. Esto implica que muchos de ellos necesitan ayuda o soporte para llevar a cabo actividades esenciales como bañarse, vestirse y alimentarse. Este informe utilizó una metodología de análisis de datos a partir de encuestas y registros administrativos para evaluar el nivel de dependencia de los adultos mayores.

En Ambato, un estudio de Gavilanes et al. (2023) encontró que la mayoría de los adultos mayores seleccionados tienen un nivel de dependencia severa (44,7%) o moderada (35,1%), mientras que sólo un 2,1% son independientes. Este estudio utilizó una metodología cuantitativa descriptiva, basada en entrevistas estructuradas y cuestionarios estandarizados, para evaluar la dependencia funcional y cognitiva de los adultos mayores. Los resultados mostraron que las alteraciones motoras y cognitivas eran comunes, probablemente vinculadas a su estado anímico más que a su condición física.

En una investigación realizada por Coello (2022) en Guayaquil, se estudió a 42 adultos mayores de entre 80 y 91 años mediante un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental. Los resultados del test de Tinetti revelaron que el 83% de los participantes presentaba un alto riesgo de caídas. Este estudio empleó pruebas de evaluación del riesgo de caídas, como la prueba de "Timed Up-and-Go" (TUG), la escala de Downton y la escala de eficacia de caídas (Falls Efficacy Scale), para medir la estabilidad y el riesgo de caídas. Las conclusiones indicaron que la falta de actividad física y el periodo de

confinamiento de marzo a junio de 2020 incrementaron la alteración de la marcha, la inestabilidad y la predisposición a caídas en esta población.

Esfera Mental

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (2023) reporta que las principales afecciones de salud mental en adultos mayores son la depresión y la ansiedad, con aproximadamente el 27.2% de las muertes por suicidio ocurriendo en este grupo etario. Además, en 2019, se estimaba que 50 millones de personas padecían demencia, y el 60% de estos casos se encontraba en países de ingresos medios y bajos, con 10 millones de nuevos casos cada año. Se proyecta que para 2030, el número de personas con demencia aumentará a 75 millones y alcanzará los 132 millones para 2050.

En América Latina, el 11% de los adultos mayores sufre de demencia, siendo más común entre las mujeres según Ortega (2022). Este estudio, realizado como una revisión sistemática, incluyó datos de 25 publicaciones identificadas a través de bases de datos como PubMed, Ovid, Lilacs, Cochrane, Scielo y Google Académico, destacando la prevalencia más alta en áreas urbanas.

Por otro lado, el estudio de Quispe y Herrera (2019) en Ibarra comparó la prevalencia de trastornos del estado de ánimo entre adultos mayores en áreas urbanas y rurales. Utilizaron un diseño transversal descriptivo, evaluando a adultos mayores mediante entrevistas estructuradas y cuestionarios estandarizados. Encontraron que la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar y distímico, era significativamente mayor en áreas urbanas comparado con las rurales. Los factores asociados incluyeron el aislamiento social y el acceso limitado a servicios de salud mental en zonas rurales, mientras que, en las urbanas, el estrés de la vida urbana y la soledad fueron predominantes.

Esfera Social

A nivel mundial, el estudio "Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023" elaborado por la OECD y el Banco Mundial proporciona una evaluación exhaustiva de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Este informe utiliza datos comparativos de 33 países de la región para analizar indicadores clave sobre el estado de salud, los determinantes de la salud, los recursos y la utilización de la atención médica. Los resultados del estudio resaltan las desigualdades en el acceso a la atención de salud y el impacto de la pandemia de COVID-19, subrayando la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para promover un envejecimiento saludable.

Las desigualdades en el acceso a la atención de salud afectan al adulto mayor al limitar su capacidad de recibir tratamiento oportuno y adecuado para enfermedades crónicas, exacerbando su vulnerabilidad social y económica. La pandemia de COVID-19 ha intensificado estos problemas, aumentando el aislamiento social y la falta de acceso a servicios esenciales, lo que afecta negativamente su bienestar mental y físico (OECD, 2023).

En América Latina, el estudio "Racial Discrimination and Multimorbidity Among Older Adults in Colombia" analizó la relación entre la discriminación racial y la multimorbilidad en adultos mayores. Utilizando datos de la encuesta SABE Colombia de 2015, que incluyó a 18,873 participantes mayores de 60 años, el estudio encontró que la discriminación racial está significativamente asociada con una mayor prevalencia de multimorbilidad. La metodología del estudio empleó análisis estadísticos complejos para ajustar el diseño de la encuesta y analizar variables sociodemográficas y de salud.

Los resultados demostraron que los adultos mayores que experimentaron discriminación racial tienen un riesgo significativamente mayor de presentar múltiples enfermedades crónicas. Este tipo de discriminación no solo aumenta la carga de enfermedades físicas, sino que también afecta negativamente el bienestar emocional y

mental, contribuyendo al aislamiento social y a la disminución de la calidad de vida (CDC, 2023).

En el contexto ecuatoriano, el estudio de la Organización Internacional del Trabajo (2024) sobre la inseguridad económica de los adultos mayores reveló que más del 40% de esta población vive en condiciones de inseguridad económica, sin ingresos laborales ni pensión de jubilación. Utilizando datos de encuestas nacionales y registros administrativos, el estudio subrayó la vulnerabilidad económica de los adultos mayores, especialmente las mujeres, y la necesidad de políticas de seguridad social más robustas. Esta inseguridad económica limita el acceso a necesidades básicas como alimentación, vivienda y atención médica, exacerbando la exclusión social y aumentando la dependencia de redes de apoyo informales, que muchas veces son insuficientes (OIT, 2024).

Finalmente, el estudio realizado por Aucapiña et al. (2023) en la provincia de Azuay, Ecuador, empleó un enfoque mixto con componentes cuantitativos y cualitativos. Los resultados identificaron factores como la desintegración familiar, la migración de los hijos y los conflictos familiares no resueltos como principales causas del abandono de los adultos mayores. Este estudio destacó la importancia de abordar estas problemáticas sociales para prevenir el maltrato y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en la región. La desintegración familiar y el abandono aumentan el riesgo de aislamiento social y deterioro de la salud mental, afectando gravemente el bienestar general de los adultos mayores (Aucapiña et al., 2023).

Con base en los estudios mencionados, se puede decir que la manera más efectiva de apoyar a los adultos mayores es mediante la prevención temprana y el adecuado manejo de las enfermedades existentes. Sin embargo, para implementar un plan de prevención, tratamiento o rehabilitación adecuado, es fundamental conocer el estado de salud de los adultos mayores a través de una valoración geriátrica integral.

Marco teórico

Envejecimiento

Es un proceso heterogéneo, donde influyen factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la edad cronológica no es el único factor determinante (Alonso-Fernández et al., 2022).

El envejecimiento implica una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que conllevan una disminución progresiva de la reserva funcional del individuo y un aumento del riesgo de padecer enfermedades, discapacidad y dependencia (Cárdenas-Vásquez et al., 2021). No obstante, este proceso es dinámico y puede verse influenciado por factores protectores como los hábitos de vida saludables, el apoyo social y el acceso a servicios de salud adecuados (Ribera, 2022).

Tipos de envejecimiento

Envejecimiento demográfico.

Proceso de transición hacia sociedades más envejecidas producto del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad (CEPAL, 2021).

Envejecimiento activo.

Proceso que permite optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (OMS, 2015).

Teorías del Envejecimiento.

El estudio del envejecimiento ha dado lugar a diversas teorías que explican los procesos biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con el paso del tiempo. Estas teorías proporcionan un marco conceptual esencial para comprender cómo y por qué cambian los individuos con la edad.

Teorías Biológicas del Envejecimiento

Las teorías biológicas del envejecimiento se centran en los procesos celulares y moleculares que contribuyen al envejecimiento del organismo. Entre las más destacadas se encuentran:

- **Teoría del Desgaste.** Esta teoría sugiere que el envejecimiento es el resultado de un desgaste acumulativo de los tejidos y órganos del cuerpo debido al uso continuo y al daño a lo largo del tiempo (Kirkwood, 2005).
- **Teoría de los Radicales Libres.** Propuesta por Harman (1956), esta teoría postula que los radicales libres, subproductos del metabolismo celular, causan daño a las células y tejidos, lo que lleva al envejecimiento y a enfermedades relacionadas con la edad.
- **Teoría del Acortamiento de los Telómeros.** Esta teoría sostiene que el envejecimiento es causado por el acortamiento progresivo de los telómeros, estructuras protectoras en los extremos de los cromosomas, durante la división celular (Blackburn, 2000).

Teorías Psicológicas del Envejecimiento

Las teorías psicológicas del envejecimiento exploran cómo los cambios en la cognición, las emociones y la personalidad afectan a los individuos a medida que envejecen. Algunas de las principales teorías incluyen:

- **Teoría del Desempeño Cognitivo.** Esta teoría sostiene que el deterioro cognitivo en la vejez es un proceso natural y progresivo, aunque la tasa y la magnitud de este deterioro pueden variar entre individuos (Salthouse, 2010).

- **Teoría de la Desvinculación.** Formulada por Cumming y Henry (1961), esta teoría propone que el envejecimiento implica una retirada gradual y mutua de las relaciones sociales y responsabilidades, permitiendo una transición más suave hacia la muerte.
- **Teoría de la Continuidad.** Atchley (1989) sugiere que los individuos tienden a mantener sus roles, hábitos y comportamientos a lo largo del tiempo, utilizando estrategias adaptativas para enfrentarse a los cambios asociados con el envejecimiento.

Teorías Sociales del Envejecimiento

Las teorías sociales del envejecimiento examinan cómo las estructuras sociales, las políticas y las relaciones interpersonales influyen en la experiencia de envejecer. Entre las teorías más influyentes se encuentran:

- **Teoría del Envejecimiento Activo.** Promovida por la Organización Mundial de la Salud (2002), esta teoría enfatiza la importancia de mantener la actividad física, social y mental para mejorar la calidad de vida y la longevidad.
- **Teoría del Intercambio Social.** Esta teoría sugiere que las interacciones sociales en la vejez están influenciadas por los recursos percibidos que los individuos pueden ofrecer y recibir, afectando su bienestar y sus relaciones (Dowd, 1975).
- **Teoría del Curso de la Vida.** Esta teoría enfatiza que el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida y está influenciado por factores históricos, sociales y personales, destacando la importancia de las transiciones y trayectorias de vida (Elder, 1994).

Adulto Mayor

El adulto mayor es considerado como la persona que se encuentra en la última etapa del ciclo vital, que a nivel cronológico se define típicamente como aquella de 60 años o más de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En este sentido, el concepto de adulto mayor va más allá de la edad cronológica y abarca una perspectiva multidimensional que incluye aspectos físicos, mentales, sociales y funcionales (Robles Silva, 2021). Por ello, es fundamental evaluar de manera integral al adulto mayor para comprender sus necesidades y brindar una atención integral que promueva un envejecimiento saludable y activo.

Clasificación de adultos mayores

La clasificación de los adultos mayores es un aspecto fundamental en el estudio de la gerontología, ya que permite una comprensión más precisa de las diversas necesidades y características de esta población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) existen múltiples criterios para clasificar a los adultos mayores, entre los que se incluyen la edad cronológica, el estado funcional y la situación de salud.

Clasificación por Edad Cronológica

Una de las formas más comunes de clasificar a los adultos mayores es a través de la edad cronológica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece varias categorías dentro de este grupo:

- **Adultos Mayores Jóvenes.** Aquellos que tienen entre 60 y 74 años.
- **Adultos Mayores Medianos.** Personas con edades comprendidas entre 75 y 84 años.
- **Adultos Mayores de Edad Avanzada.** Aquellos que tienen 85 años o más (World Health Organization, 2015).

Clasificación por Estado Funcional

El estado funcional es otro criterio esencial para la clasificación de los adultos mayores, centrado en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Esta clasificación incluye:

- **Adultos Mayores Independientes.** Aquellos que pueden realizar las AVD y AIVD sin asistencia.
- **Adultos Mayores con Dependencia Leve.** Necesitan ayuda para realizar algunas AIVD.
- **Adultos Mayores con Dependencia Moderada.** Requieren asistencia para varias AIVD y algunas AVD.
- **Adultos Mayores con Dependencia Severa.** Necesitan ayuda para la mayoría de las AVD y AIVD (Katz et al., 1963).

Clasificación por Situación de Salud

La situación de salud, que incluye la presencia de enfermedades crónicas y el estado cognitivo, también es utilizada para clasificar a los adultos mayores:

- **Adultos Mayores Saludables.** No presentan enfermedades crónicas significativas y tienen un buen estado funcional y cognitivo.
- **Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas Controladas.** Presentan una o más enfermedades crónicas, pero estas están bien gestionadas y no interfieren significativamente con su funcionalidad.
- **Adultos Mayores Frágiles.** Tienen múltiples comorbilidades y presentan un alto riesgo de deterioro funcional y cognitivo (Fried et al., 2001).

Valoración geriátrica integral (VGI)

Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG, 2023), la VGI se define como “un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano, para elaborar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas detectados” (p. 1). Esta definición resalta el enfoque multidimensional e interdisciplinario de la VGI, así como su objetivo de identificar problemas y necesidades para establecer un plan de tratamiento y seguimiento.

Por su parte, Ellis et al. (2022) señalan que la VGI es “un proceso de evaluación integral que examina múltiples dominios de la salud y el funcionamiento de los adultos mayores, incluyendo aspectos médicos, funcionales, cognitivos, psicológicos y sociales” (p. 2). Esta definición enfatiza la evaluación integral de diversos ámbitos de la salud y el funcionamiento.

Desde una perspectiva más amplia, Stuck et al. (2021) definen la VGI como “un proceso diagnóstico interdisciplinario diseñado para evaluar la capacidad funcional y las necesidades de atención de los adultos mayores frágiles, con el objetivo de desarrollar un plan coordinado e integrado de tratamiento y seguimiento a largo plazo” (p. 1). Esta definición destaca el enfoque interdisciplinario de la VGI, su aplicación en adultos mayores frágiles y su objetivo de desarrollar un plan de atención integral a largo plazo.

Asimismo, Espinoza y Walston (2020) consideran que la VGI es “una herramienta de evaluación multidimensional que permite identificar y abordar los problemas médicos, funcionales, psicológicos y sociales que afectan a los adultos mayores, con el fin de mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento saludable” (p. 1). Esta definición resalta la identificación y abordaje de problemas multidimensionales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y promover un envejecimiento saludable.

Esferas de la Valoración geriátrica integral (VGI)

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso multidimensional e interdisciplinario que evalúa las capacidades y problemas de salud de los adultos mayores en cuatro esferas principales (Martínez et al., 2020):

Esfera Clínica

La esfera clínica de la VGI evalúa la presencia de enfermedades y síndromes geriátricos, así como la capacidad funcional y el estado nutricional del adulto mayor. Esta esfera implica la evaluación de aspectos médicos y clínicos, como:

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Son afecciones de larga duración con una progresión lenta, resultado de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, 2021).

- **Multimorbilidad.** Coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, afectando el manejo y el pronóstico de las condiciones (Violan et al., 2022; Marengoni et al., 2021).
- **Síndromes geriátricos.** Condiciones clínicas complejas frecuentes en adultos mayores, como caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, deterioro cognitivo, depresión, desnutrición, delirio y úlceras por presión (Baztán et al., 2022; Millán-Calenti, 2022; Arrieta Cruz et al., 2021).
- **Deterioro cognitivo.** Declive en uno o más dominios cognitivos, afectando la capacidad para realizar actividades cotidianas (Petersen, 2022).

Esfera Funcional

La esfera funcional en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se enfoca en evaluar la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades esenciales de la vida diaria, como

comer, vestirse, bañarse y moverse entre la cama y una silla, así como tareas instrumentales más complejas necesarias para vivir de manera independiente, como preparar comidas, manejar las finanzas y usar el teléfono. Esta evaluación es crucial para identificar limitaciones funcionales y desarrollar planes de cuidado personalizados que ayuden a mantener o mejorar la independencia del individuo (Stefanacci, 2024).

Esta esfera incluye:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Tareas esenciales para el autocuidado y la movilidad, como bañarse, vestirse, usar el inodoro, transferirse de la cama a una silla, continencia y alimentarse (Alonso-Fernández et al., 2022).
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):** Actividades más complejas que permiten a una persona mantener su independencia, como preparar comidas, realizar tareas domésticas, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos y utilizar medios de transporte (Martín-Lesende et al., 2021).
- **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD):** Tareas relacionadas con el ocio, el trabajo y la participación social, como actividades recreativas, viajar, manejar finanzas complejas, realizar trabajos remunerados o voluntarios, y participar en organizaciones sociales o religiosas (Díaz-Rodríguez et al., 2021).

Esfera Mental

La esfera mental de la VGI evalúa el estado cognitivo, el estado afectivo y la presencia de trastornos mentales en el adulto mayor. Esta esfera abarca:

- **Trastornos afectivos.** Incluyen depresión geriátrica, caracterizada por síntomas cognitivos, psicológicos y somáticos (APA, 2022; Alexopoulos, 2022).

- **Estado cognitivo.** Evaluación de memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas para detectar deterioro cognitivo o demencia (Lipnicki y Sachdev, 2021; Martínez-Lage y Navarro, 2020).

Rubenstein y colaboradores desarrollaron una versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de 25 preguntas. En la población norteamericana, esta versión reducida demostró ser tan efectiva como la versión original de 15 preguntas, con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 85% para el diagnóstico de depresión (Rubenstein et al., 1999).

Esfera Social

La esfera social de la VGI evalúa el entorno familiar y social del adulto mayor, incluyendo su red de apoyo, recursos económicos y sociales, y la identificación de situaciones de maltrato o abandono. Esta esfera considera:

- **Determinantes sociales.** Condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, afectando su salud (OMS, 2022).
- **Determinantes económicos.** Recursos económicos disponibles, como ingresos, situación laboral, protección social y acceso a bienes y servicios básicos (OPS, 2017).
- **Aislamiento social.** Falta de contacto social y relaciones significativas, lo que puede llevar a la soledad y falta de apoyo (Cudjoe et al., 2022; Salinas et al., 2021).

Bases legales

El Estado ecuatoriano, a través de su marco legal y normativo, ha establecido disposiciones y lineamientos específicos para garantizar los derechos y el bienestar de la población adulta mayor. Estas bases legales constituyen un pilar fundamental en la formulación de políticas públicas, programas y servicios orientados a promover un envejecimiento saludable y digno.

La Constitución de la República del Ecuador, como norma suprema, consagra principios esenciales relacionados con la atención prioritaria y especializada que deben recibir las personas adultas mayores en los ámbitos público y privado.

Uno de ellos es el artículo 35: “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” (Asamblea Constituyente, 2008, p. 24). Este artículo establece la base para una atención preferente y especializada para los adultos mayores, destacando su vulnerabilidad y la necesidad de protección integral.

El artículo 36 señala “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia” (Asamblea Constituyente, 2008, p. 25). Este enfoque integral reconoce no solo las necesidades básicas de salud de este segmento de la población, sino también su derecho a una participación activa en la sociedad y su protección frente a situaciones de vulnerabilidad.

La Ley Orgánica de Salud complementa las disposiciones constitucionales al detallar las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y otros entes estatales en la provisión de servicios de salud. Dos artículos relevantes incluyen:

Artículo 6: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: [...] 20. Establecer políticas y programas de población sobre la base de las mejores prácticas y bajo los principios de atención primaria y especializada de salud” (Asamblea Nacional, 2012, p. 5).

Artículo 21: “El Estado reconoce a la mortalidad, y a las morbilidades prevenibles y las discapacidades, como asuntos de prioridad nacional y se Promoverá e impulsará su prevención, garantizando una adecuada disponibilidad y calidad de programas y servicios de salud públicos” (Asamblea Nacional, 2012, p. 10).

Asimismo, la Ley de Protección Integral a las Personas Adultas Mayores proporciona un marco específico para la protección y el cuidado de este grupo poblacional.

El artículo 10 afirma: “Las personas adultas mayores, tienen derecho a una atención prioritaria, preferente y especializada en los ámbitos público y privado, atendiendo a sus necesidades específicas y particulares, que permitan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos” (Asamblea Nacional, 2019, p. 5). Aquí, se establece la importancia de prevenir enfermedades y discapacidades, asegurando que los servicios de salud pública sean de alta calidad y estén disponibles para los adultos mayores.

Del mismo modo, el artículo 16 refiere que “El Estado protegerá de manera prioritaria a las personas adultas mayores y en especial a las que se encuentren en situación de riesgo, vulnerabilidad o indefensión, por medio de la implementación de servicios, programas y políticas públicas que aseguren el cumplimiento de sus derechos” (Asamblea Nacional, 2019, p. 7).

En conjunto, estas bases legales conforman un marco que respalda la atención y el bienestar de los adultos mayores en Ecuador. La Constitución, junto con la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Protección Integral a las Personas Adultas Mayores, asegura que este grupo reciba la atención especializada y prioritaria que necesita, promoviendo un envejecimiento digno y saludable.

CAPÍTULO III- METODOLOGÍA

Enfoque

Esta investigación se basó en un enfoque cuantitativo, ya que se recopilaban datos para obtener resultados y comprender el estado actual en el que viven los adultos mayores, midiendo cada problema observado sin alterar su entorno.

Nivel

El nivel de investigación fue descriptivo. Se buscó describir y analizar las características y fenómenos relacionados con la aplicación de la valoración geriátrica integral en adultos mayores, sin manipular variables ni establecer relaciones causales. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y agosto de 2024.

Tipo

La investigación fue de campo, obteniendo información de fuente primaria, ya que se llevó a cabo en el entorno natural donde viven los adultos mayores de la parroquia de San Pablo, perteneciente al cantón Otavalo, provincia de Imbabura.

Diseño

El diseño de la investigación fue no experimental, ya que no se manipularon las variables ni se intervinieron los entornos naturales de los sujetos. Los datos se recogieron tal como se presentaban en la vida cotidiana de los adultos mayores, observando sus condiciones sin hacer cambios en su entorno o comportamiento habitual.

Además, el estudio adoptó un enfoque transversal, que consistió en la recolección de datos en un único momento. Este método proporciona una visión detallada del estado de

salud de los adultos mayores en un instante determinado, sin seguir a los participantes a lo largo del tiempo. Este enfoque facilita el análisis y la descripción de las condiciones actuales y los fenómenos relacionados con la valoración geriátrica integral en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, durante el periodo de mayo a agosto de 2024.

Población

La parroquia de San Pablo del Lago, se encuentra ubicada en el cantón Otavalo, provincia de Imbabura a 40 km de la ciudad de Ibarra. Actualmente según datos del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial San de Pablo del Lago (2023), basado en los datos del Censo de Población y Vivienda (INEC, 2010), del total de la población de la parroquia solo el 9% corresponde a la población adulta mayor.

Al tiempo presente, en la Parroquia de San Pablo solamente existe un centro gerontológico diurno, al cual asisten 70 adultos mayores, los cuales serán la población total para el presente estudio, con el cumplimiento de los criterios descritos a continuación con el fin de salvaguardar el objetivo general antes planificado:

Criterios de inclusión

- Personas Adultas Mayores con edad comprobada desde los 65 años en adelante.
- Ser personas adultas mayores que consten en el listado oficial del Centro Gerontológico San Pablo.

Criterios de exclusión

- No ser Persona Adulta Mayor con edad comprobada desde los 65 años en adelante.

- Ser personas adultas mayores que no estén incluidas en el listado del Centro Gerontológico Diurno San Pablo.

Criterios de eliminación:

- Personas adultas mayores que no firmen el consentimiento informado.
- Personas adultas mayores que no deseen participar en el estudio.

Muestra

En este estudio, se trabajó con la totalidad de la población de 70 adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Pablo, sin realizar un proceso de muestreo. Esta decisión se basa en el tamaño manejable de la población, que permite un análisis detallado y exhaustivo de cada participante, eliminando así el riesgo de sesgos de selección y aumentando la precisión de los resultados.

Incluir a todos los miembros del centro asegura una representación completa y precisa de las condiciones de salud y fenómenos asociados a la valoración geriátrica integral, facilitando así la evaluación equitativa y la implementación de intervenciones adecuadas durante el periodo de estudio de mayo a agosto de 2024.

Técnicas e instrumentos de investigación

Para la presente investigación, se utilizó diversas técnicas e instrumentos de recolección de información, diseñados específicamente para evaluar el estado de salud clínica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores. Estas técnicas e instrumentos permitieron obtener datos precisos para alcanzar los objetivos planteados en este estudio.

Técnicas de recolección de datos

Entrevistas personales

La principal técnica de recolección de datos fue la entrevista personal con las personas adultas mayores. Los participantes tuvieron la oportunidad de brindar información detallada sobre su estado de salud, su funcionalidad física, su situación mental y cognitiva, así como su contexto sociofamiliar. Esta interacción directa y personalizada resultó fundamental para capturar la complejidad y particularidades de cada caso, logrando así una evaluación integral y personalizada de la condición de los adultos mayores.

Cabe destacar que la elección de las entrevistas personales como técnica principal de recolección de datos refleja el enfoque holístico y centrado en las personas que guió esta investigación. Al priorizar la voz y la experiencia directa de los participantes, se obtuvo una imagen detallada y contextualizada de la realidad que enfrentan los adultos mayores, sentando las bases para un abordaje más efectivo y centrado en sus necesidades.

Instrumentos de investigación

En este proyecto de investigación, se llevaron a cabo entrevistas utilizando guías estructuradas y cuestionarios diseñados específicamente para abordar las distintas dimensiones de la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Estas entrevistas permitieron una evaluación exhaustiva en cuatro áreas fundamentales:

Esfera clínica

Se utilizó únicamente la parte de la ficha clínica del KICA (Kimberley Indigenous Cognitive Assessment), que se centra en la elaboración de la historia clínica tradicional. Este

instrumento incluye la exploración física y la anamnesis, permitiendo una evaluación detallada del estado de salud clínica de las personas adultas mayores.

Esfera funcional

El test Sarco-GS fue empleado dentro de la investigación ya que evalúa la disminución progresiva de la masa muscular y la pérdida de fuerza, proporcionando datos esenciales sobre la capacidad funcional física de los participantes.

Asimismo, la Escala de la Cruz Roja se usó para evaluar la capacidad funcional y la independencia de las personas adultas mayores en cuanto a actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, valorando la capacidad de la persona para realizar actividades de forma independiente, con ayuda, o si era incapaz de realizarlas.

Esfera mental

El KICA Cog, una herramienta de detección cognitiva válida para la demencia en adultos mayores, se utilizó para identificar problemas cognitivos y su gravedad, ayudando así a diagnosticar posibles casos de demencia (Russell, 2024). Del mismo modo, se usó el test de Yesavage para evaluar la depresión en los adultos mayores, expresando el grado de satisfacción, calidad de vida y sentimientos, siendo fundamental para identificar estados depresivos y su impacto en la salud mental de los participantes.

Esfera social

Se utilizó el instrumento Gijón, diseñado para evaluar la situación socio familiar de las personas adultas mayores. Este instrumento calcula diversos factores como la situación familiar, económica, vivienda, relaciones familiares y apoyo de la red social.

Procedimiento de aplicación

Para llevar a cabo la aplicación correcta bajo los estándares de viabilidad y bioética adecuados, se realizó el siguiente procedimiento:

1. **Acercamiento al Centro Gerontológico Diurno San Pablo:** En primera instancia se entregó el oficio de petición a la Lic. Miriam Ibaújes Coordinadora del centro solicitando la autorización para la toma de información sobre el estado de salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores que asisten al mismo. Después de haber socializado nuestro tema de investigación la coordinadora procedió a dar el visto bueno y para constancia nos hizo la entrega del oficio de aprobación. (Anexo 1.)
2. **Charla de socialización con las PAM y equipo técnico:** Esto se realizó después de la aprobación por parte de la coordinación y se dio a conocer el objetivo de esta investigación como también el procedimiento de la misma.
3. **Preparación de la entrevista:** Se contactó a los participantes para programar las entrevistas en un ambiente cómodo y seguro, en donde el adulto mayor dispuso de 45 a 60 minutos aproximadamente para la toma de la información requerida.
4. **Firma del Consentimiento informado legal de las PAM:** Es importante contar a este apartado como un paso previo a la aplicación ya que este se realiza con la finalidad de respetar la autonomía e integridad de los adultos mayores y su participación voluntaria para así evitar el sesgo por obligatoriedad; se precedió a que cada uno firme y autorice la toma de información personal, y como acotación se tomó rubricas validas también a la huella dactilar.
5. **Aplicación de instrumentos:** Durante la entrevista, se aplicó los cuestionarios y tests de manera secuencial, comenzando con la ficha clínica (KICA), seguida de

los tests funcionales (Sarco-GS y Escala de la Cruz Roja), mentales (KICA Cog y Yesavage) y sociales (Gijón).

Para las entrevistas, se utilizaron cuestionarios estructurados y guías de entrevistas para garantizar la consistencia y precisión de los datos recolectados. La aplicación de cada test se realizó de acuerdo con los protocolos establecidos, asegurando así la validez y confiabilidad de los resultados.

6. **Análisis de datos recolectados:** Los datos recolectados se analizaron mediante métodos estadísticos apropiados para identificar patrones y correlaciones significativas en las diferentes dimensiones evaluadas.

Este enfoque integral y detallado permitió obtener una visión holística del estado de salud de las personas adultas mayores, logrando así cumplir con el objetivo inicial propuesto de la investigación.

Validación de instrumentos

La adecuada validación de los instrumentos utilizados en la evaluación geriátrica es fundamental para garantizar la fiabilidad y precisión de los datos recogidos, lo que a su vez permite desarrollar intervenciones adecuadas y efectivas para la población adulta mayor. A continuación, se describen los procesos de validación de varios instrumentos empleados en el estudio sobre el estado de salud de los adultos mayores en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo.

1. KICA Ficha Clínica y KICA COG:

El "Kimberley Indigenous Cognitive Assessment" (KICA) fue desarrollado por la Dra. Dina LoGiudice en Kimberley, Australia Occidental, y validado en 2006 por Ms. Kate Smith en el norte del país. Destinado a evaluar a indígenas australianos rurales de 45 años o

más, ha sido ampliamente utilizado en diversas regiones remotas de Australia para la evaluación de aborígenes e isleños del Estrecho de Torres (Tartaglini et al., 2021).

El desarrollo del KICA involucró a la comunidad indígena de Kimberley, representantes legales, profesionales de la salud y el departamento de recursos lingüísticos para asegurar una interpretación adecuada de los ítems. Incluye la sección KICA-COG para la evaluación cognitiva. Según el Centro de Australia Occidental para la Salud y el Envejecimiento (2020), su validación destaca su eficacia en contextos rurales. Un estudio con 255 residentes mostró que el KICA-Cog adaptado tiene una sensibilidad del 81% y una especificidad del 92% en el diagnóstico de demencia, con un área bajo la curva ROC de 0,91 (Russell, 2024).

2. Sarco – GS:

La escala SARCO-GS, también denominada escala geriátrica de sarcopenia, fue validada en México en 2014 por el Dr. Armando Luna y su equipo de colaboradores (Rosas et al., 2023). Esta validación se llevó a cabo en el marco del estudio de cohorte FraDySMex (Fragilidad, Dinapenia y Sarcopenia en adultos mexicanos), donde se examinaron varios aspectos relacionados con la validez del instrumento.

3. Escala de la Cruz Roja:

La Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja, fue creada en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja y validada en Madrid por los médicos Francisco Llera, Salgado Alba y su equipo en 1972 (Cabrera, 2021). Estas escalas de incapacidad física y mental se introdujeron ese mismo año y se aplicaron inicialmente en el servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid. Diseñadas originalmente para evaluar y clasificar a ancianos que vivían en sus hogares dentro del área

hospitalaria, las escalas se han adaptado con el tiempo para su uso en centros de geriatría y residencias de ancianos (Ferrín, 2022).

4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:

La escala de depresión geriátrica, desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 con 30 preguntas, y posteriormente abreviada a 15 preguntas por Sheikh y Yesavage en 1986, es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la depresión en adultos mayores. La versión en español, validada en España por Martínez de la Iglesia et al. (2002), demostró una sensibilidad del 89% y una especificidad del 82% con un punto de corte de 5/6 en la versión de 15 ítems, confirmando su eficacia en diversos contextos culturales y clínicos (Brink & Yesavage, 1982; Sheikh & Yesavage, 1986; Martínez de la Iglesia et al., 2002).

5. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón:

Desarrollada y validada por Elena Díaz Palacios en 1993 en Gijón, España, la "Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón" ofrece una evaluación integral de los adultos mayores. Publicada inicialmente en la Revista de Trabajo Social y Salud, esta escala abarca los factores ambientales y sociales que inciden en la calidad de vida de los mayores. Ha sido un instrumento clave en la evaluación geriátrica, destacando la necesidad de un enfoque holístico en el cuidado de esta población (Cebrián, 2023; Giménez et al., 2020).

Viabilidad Bioética

Al abordar esta investigación referente a la viabilidad bioética se considera importante tomar en cuenta los principios del respeto a la autonomía, la comprensión de los adultos mayores. Es así que se dará a conocer sobre el consentimiento informado, en donde se asegurará de que los participantes comprendan completamente los aspectos morales y éticos de participar en procedimientos médicos o investigaciones.

o **Principio de no maleficencia:** No divulgar la información obtenida por los participantes a particulares, siempre precautelar la seguridad e integridad de los adultos mayores.

o **Principio de beneficencia:** Elaborar un análisis oportuno en cuanto al estado de salud clínica, funcional, mental y social que se presentan.

o **Principio de autonomía o de libertad de decisión:** Los adultos mayores podrán decidir si otorgar información en cuanto a los diferentes test que se aplicará.

o **Principio de justicia:** Todos los adultos mayores, serán tratados por igual sin preferencia ni favoritismo, podrán expresarse en su idioma nativo como el kichwa para más confianza y comprensión.

Para realizar esta investigación se solicitará el permiso respectivo a la representante legal del centro diurno del centro gerontológico San Pablo y socialización a los familiares de los adultos mayores, representantes de las comunidades y barrios, posteriormente se dará a conocer el trabajo que se va a realizar en cuanto a la obtención del estado de salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores de esta parroquia, el consentimiento informado será debidamente socializado a los participantes y familiares, para el respaldo de este trabajo se contará con la firma y huella dactilar oficial de la persona asistida.

Presupuesto del estudio

Tabla 1.

Valores utilizados durante la investigación

Rubro	Valor
Materiales y suministros	150
Material bibliográfico	50
Transporte	120
Imprevistos	100
Asesoría externa	50
Inversión	470

Nota. Elaboración propia

Cronograma de actividades

Tabla 2.

Cronograma de acciones realizadas

Actividades	May	Jun	Jul	Ago
Revisión bibliográfica para la determinación del tema	X			
Elaboración del anteproyecto	X			
Descarga e instalación de gestor bibliográfico y búsqueda de artículos científicos.	X			
Fundamentación teórica de la valoración geriátrica integral.	X			
Acercamiento al Centro Gerontológico Diurno San Pablo		X		
Solicitud de permiso para realizar la toma de datos con los test de VGI y su publicación.		X		
Charla de socialización con PAM			X	

Capacitación de toma de datos.	X	
Firma del Consentimiento Informado y Aplicación de escalas de valoración geriátrica integral.	X	
Análisis y tabulación de datos.	X	
Redacción de informe final para el trabajo de titulación.		X
Conclusiones de resultados.		X
Defensa del trabajo de titulación.		X

Nota. Los meses se cuentan a partir de la firma de la aprobación del plan de proyecto de titulación.

CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS

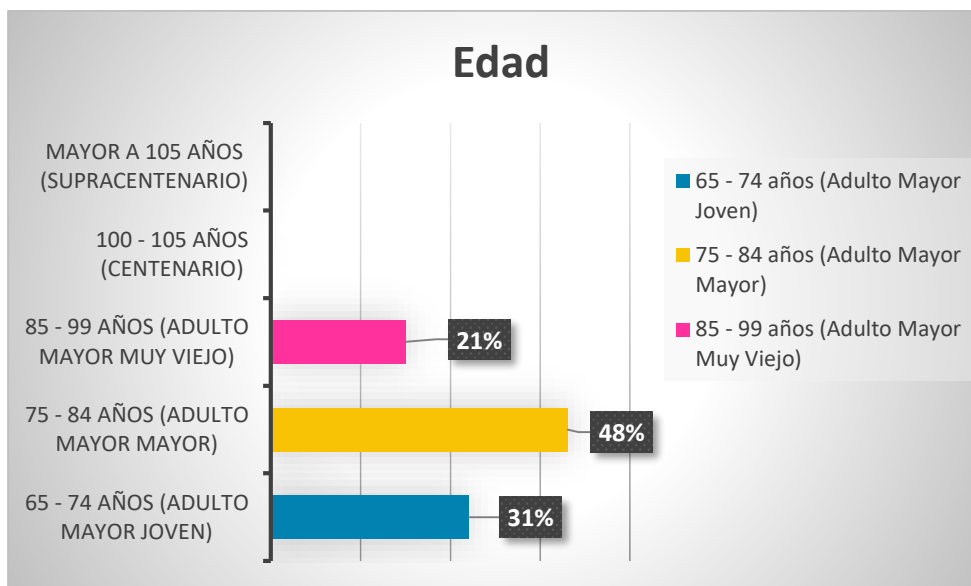
Para el presente análisis se contó con una población de 70 personas adultas mayores pertenecientes al Centro Gerontológico Diurno San Pablo. No se realizó proceso de muestreo, por lo que se trabajó con la totalidad de esta población.

Esfera clínica

KICA ficha clínica.

Figura 1

Edad población adulta mayor



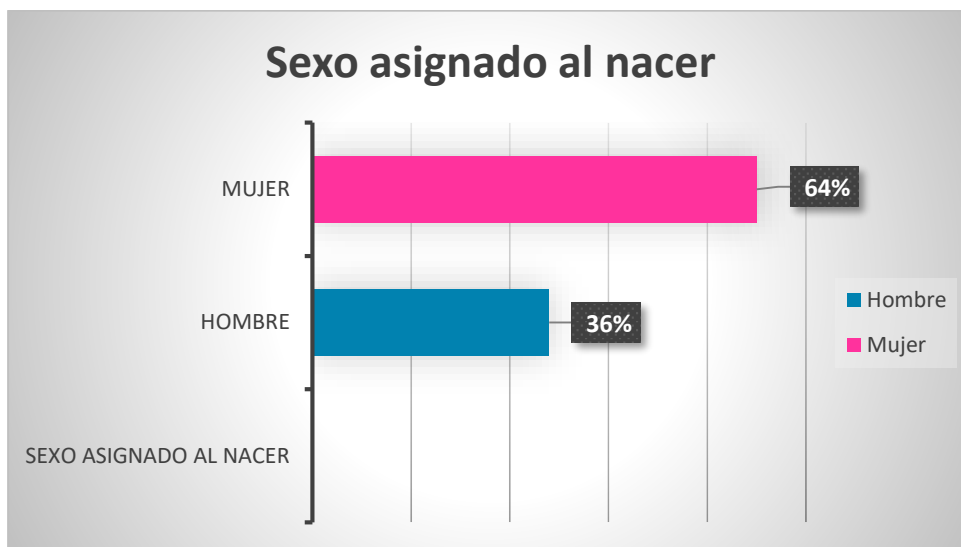
Nota. Elaboración propia.

El gráfico revela una distribución significativa de la población adulta mayor en tres grupos principales. El segmento más numeroso, que abarca casi la mitad de la población estudiada (48%), se encuentra en el rango de 75-84 años, lo que sugiere una concentración importante de necesidades y servicios para este grupo etario. Los adultos mayores "jóvenes" (65-74 años) representan un tercio de la población (31%), indicando un grupo sustancial que está entrando en la

tercera edad. Un dato notable es que el 21% alcanza edades muy avanzadas (85-99 años), lo que implica una longevidad considerable en esta población. La ausencia de datos para centenarios y supercentenarios sugiere que estos casos son extremadamente raros o inexistentes en el grupo estudiado. Esta distribución tiene implicaciones significativas para la planificación de servicios de salud, políticas sociales y previsiones futuras, ya que la estructura etaria actual influirá en las necesidades y demandas de las próximas décadas.

Figura 2

Sexo asignado al nacer

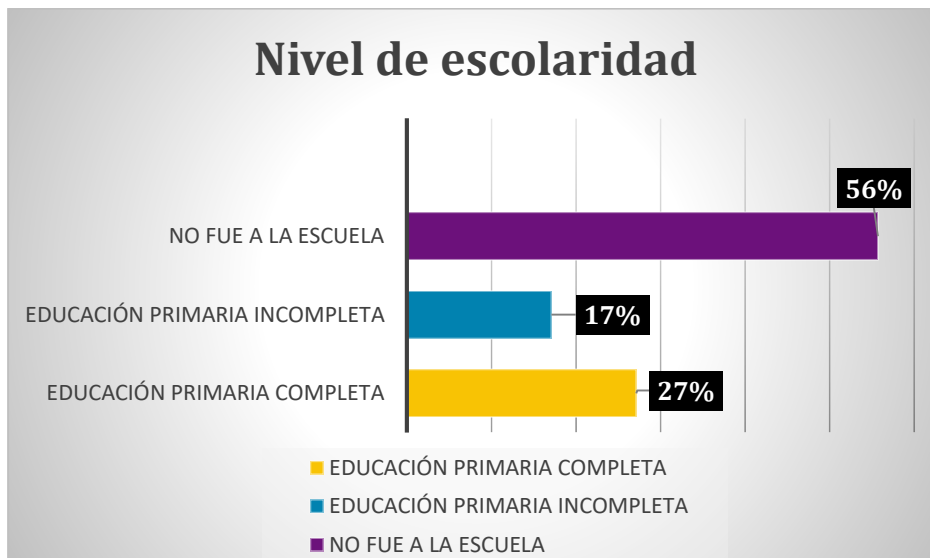


Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con el gráfico, el 65% de los asistentes son mujeres, mientras que el 35% son hombres. Esto indica que hay una mayor proporción de mujeres que hombres entre los adultos mayores que acuden a este centro. Este dato se confirma por lo mencionado en las cifras oficiales del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES (2022), donde se menciona que en el área rural de la provincia de Imbabura existe una población mayor de mujeres con 1 820 al de hombres con 1 390 adultos mayores.

Figura 3

Nivel de Escolaridad

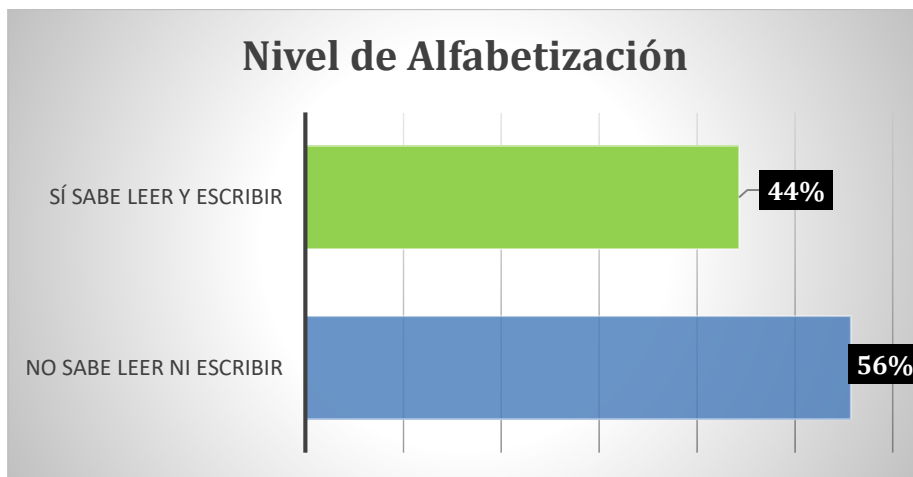


Nota. Elaboración propia.

Se puede observar que el 55.7% de la población no fue a la escuela y no sabe leer ni escribir, lo que indica una significativa falta de alfabetización en más de la mitad de los asistentes. Del 44.3% restante que sí sabe leer y escribir, el 27.1% completó la educación primaria y el 17.1% asistió a la escuela, pero no terminó. Esto sugiere que, aunque hay un porcentaje considerable de alfabetizados, la mayoría de los adultos mayores tienen niveles educativos bajos, lo que puede influir en su calidad de vida y necesidades de atención.

Figura 4

Nivel de alfabetización

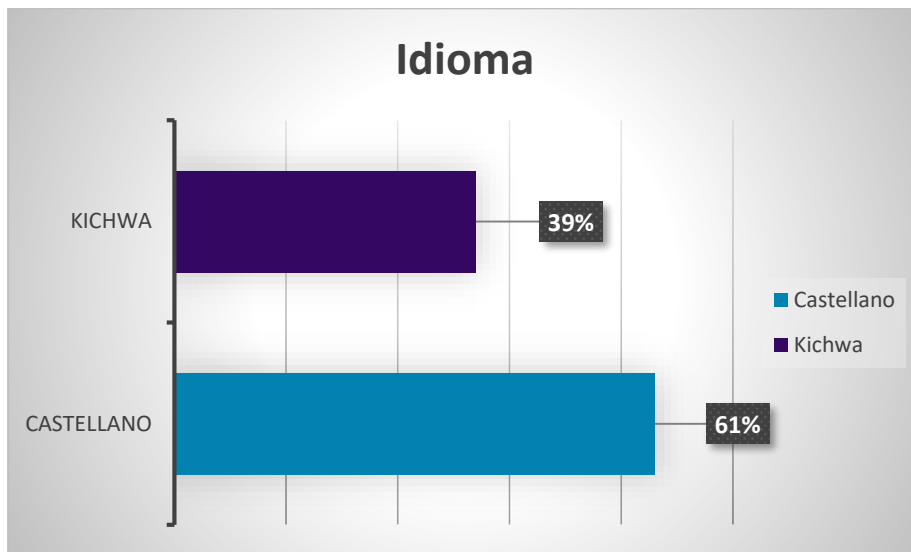


Nota. Elaboración propia.

Este gráfico muestra una preocupante situación respecto al nivel de alfabetización en la población estudiada. Más de la mitad (55,70%) no sabe leer ni escribir, lo cual representa un desafío significativo en términos de educación y desarrollo social. Por otro lado, el 44,30% sí posee habilidades de lectoescritura. Esta división casi equitativa sugiere una brecha educativa importante en la comunidad. La alta tasa de analfabetismo puede tener implicaciones serias para el acceso a la información, oportunidades laborales, participación cívica y calidad de vida en general.

Figura 5

Idioma dominante

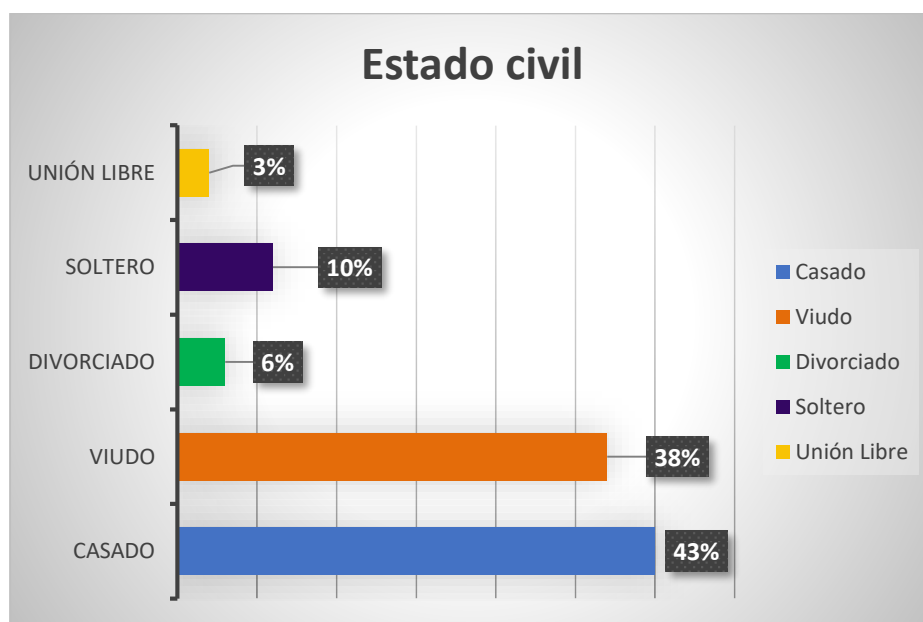


Nota. Elaboración propia.

Los datos presentados en el gráfico indican que el 61.4% habla principalmente castellano, mientras que el 38.6% se comunica en kichwa. Esto indica una diversidad lingüística significativa, con una mayoría hispanohablante.

Figura 6

Estado civil

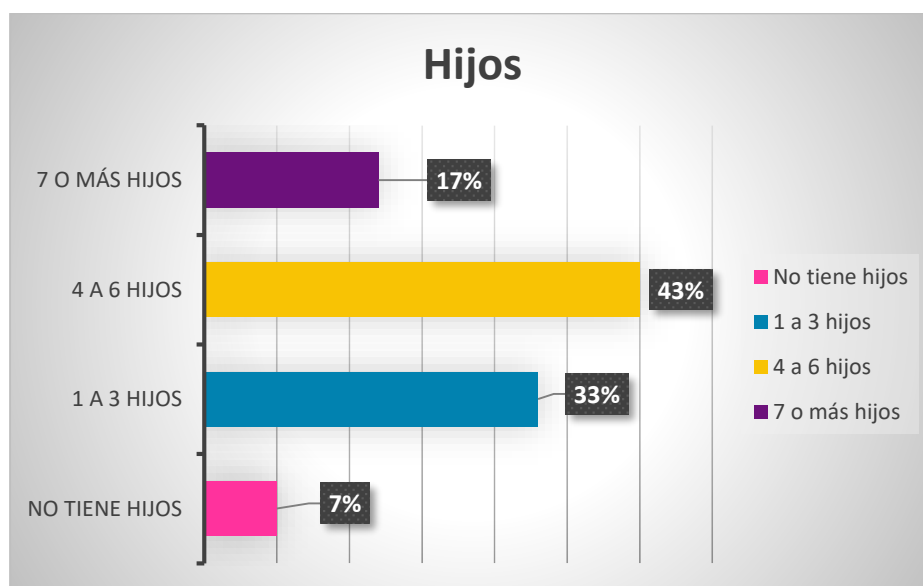


Nota. Elaboración propia.

Los datos presentados en el gráfico ofrecen una perspectiva demográfica significativa sobre la distribución del estado civil en la población estudiada. Se observa una predominancia de individuos casados (43%), seguidos estrechamente por viudos (38%), lo cual sugiere una estructura poblacional con una proporción sustancial de adultos mayores. Los solteros constituyen el 10% de la muestra, mientras que los divorciados representan el 6%. La unión libre, con un 3%, emerge como la categoría menos prevalente. Esta configuración demográfica indica una sociedad donde las uniones maritales formales son preponderantes, pero con una elevada incidencia de viudez, posiblemente atribuible a una población envejecida. La relativamente baja frecuencia de uniones libres y divorcios podría ser indicativa de normas socioculturales que privilegian el matrimonio tradicional.

Figura 7

Cantidad de hijos

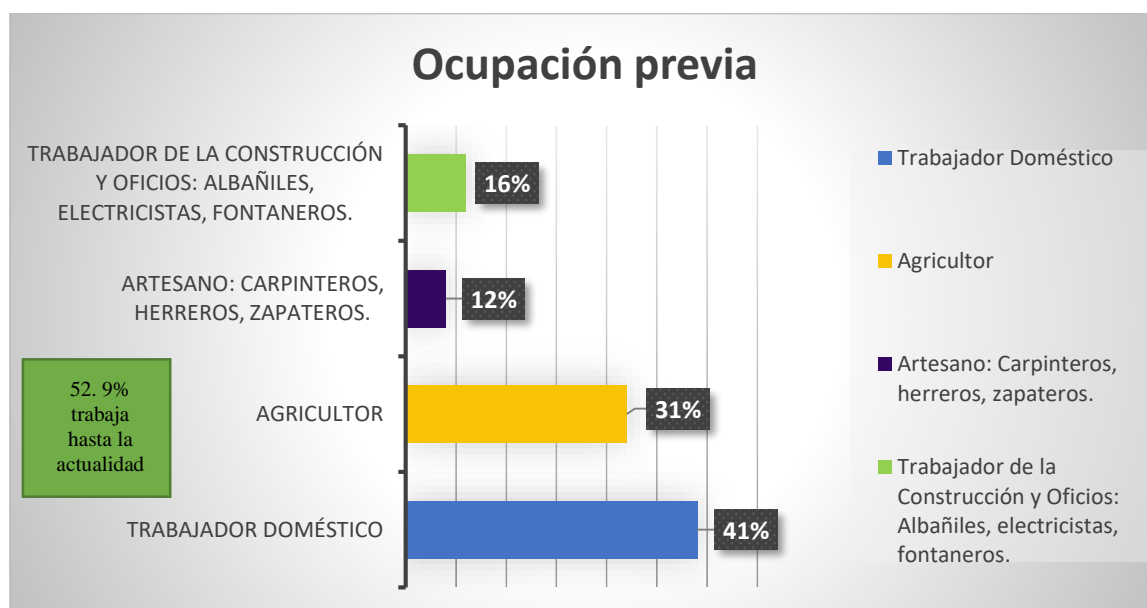


Nota. Elaboración propia.

Esta distribución muestra que el 43% de la población estudiada, tiene entre 4 y 6 hijos, lo que podría reflejar una tendencia hacia familias numerosas, posiblemente influenciada por factores culturales, económicos o generacionales. Un tercio de la población tiene de 1 a 3 hijos (33%), lo que puede indicar una transición hacia familias más pequeñas en ciertas subpoblaciones o cohortes más jóvenes. El 17% de la población tiene 7 o más hijos, lo que refuerza la presencia de familias tradicionalmente grandes, a menudo observadas en contextos rurales o en generaciones pasadas. Solo el 7% de la población no tiene hijos, lo que podría estar relacionado con decisiones personales, problemas de fertilidad, o cambios en las estructuras familiares y roles de género. Este patrón general sugiere una evolución en la dinámica familiar, con implicaciones en áreas como el soporte social, las políticas de salud y bienestar, y la planificación a largo plazo para la vejez, dado que un número mayor de hijos tradicionalmente ha sido visto como un recurso en la vejez en muchas culturas.

Figura 8

Ocupación previa



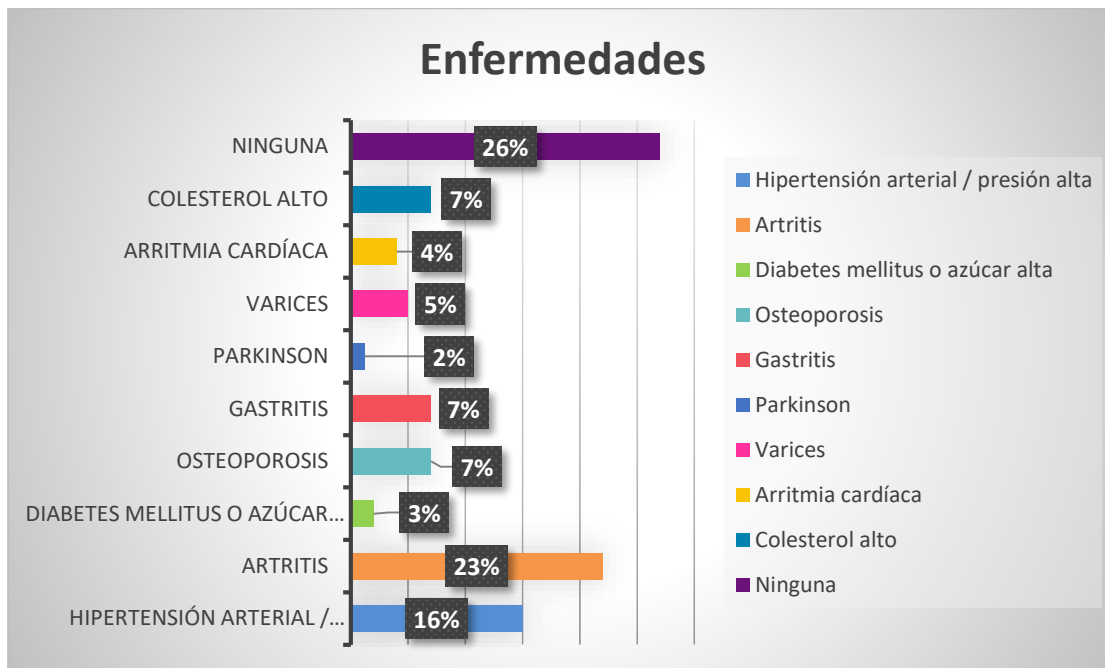
Nota. Elaboración propia.

La gráfica refleja que la mayoría de los adultos se dedicaba a labores domésticas (41%), un 31% trabajaba en la agricultura, mientras que un 16% se desempeñaba en trabajos de construcción y oficios como albañiles, electricistas y fontaneros. Finalmente, un 12% realizaba actividades artesanales como carpinteros, herreros y zapateros. Considerando que el 52.9% de estos adultos mayores sigue trabajando actualmente, podemos deducir que una gran proporción de ellos se desempeña en ocupaciones iguales o similares.

Sin embargo, el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES (2022) señala que el 87.6% de la tasa de empleo es inadecuada para los adultos mayores en el área rural de la provincia de Imbabura. Esta alta tasa de empleo inadecuado podría significar que muchos de ellos están trabajando en condiciones precarias, con empleos informales, mal remunerados o que no se ajustan a sus necesidades y capacidades actuales.

Figura 9

Enfermedades

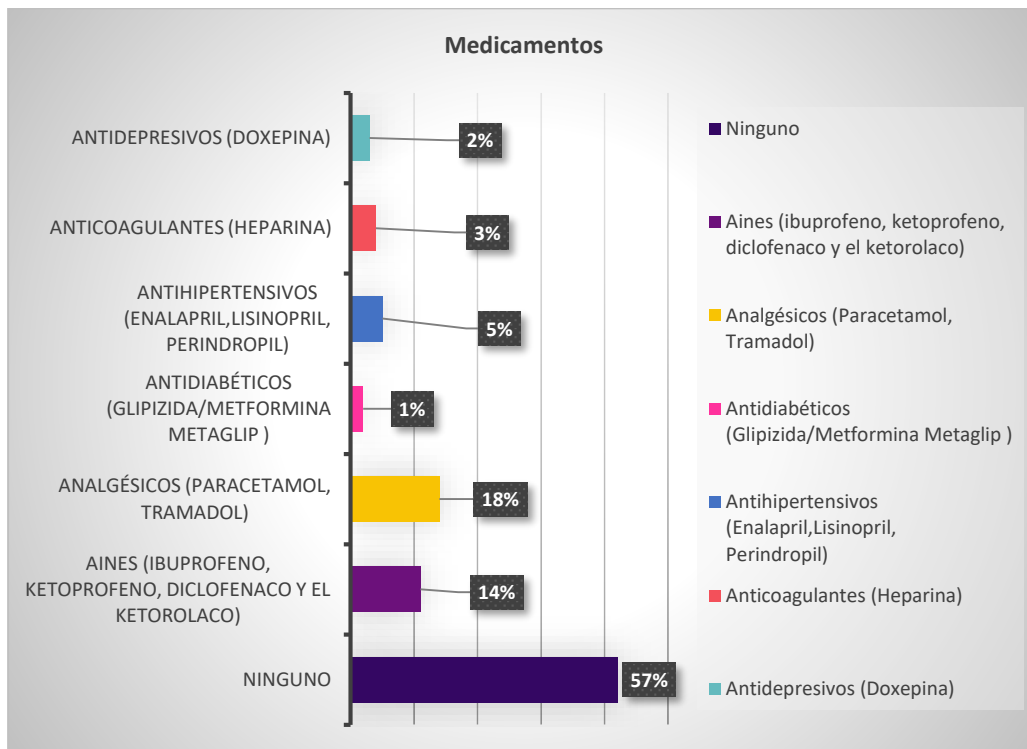


Nota. Elaboración propia.

El gráfico muestra la distribución de enfermedades en una población determinada, destacando que el 26% no presenta ninguna condición diagnosticada. Sin embargo, la artritis es la enfermedad más prevalente, afectando al 23% de la población, lo que subraya su impacto en la calidad de vida, especialmente en adultos mayores. La hipertensión arterial, que afecta al 16%, es otra condición común que refleja el riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares en este grupo. Enfermedades metabólicas como el colesterol alto (7%) y la diabetes mellitus (3%) también son preocupantes debido a sus complicaciones a largo plazo. Otras condiciones como la osteoporosis, gastritis, varices, arritmia cardíaca y Parkinson, aunque menos prevalentes, reflejan la diversidad de problemas de salud que pueden afectar a esta población. La coexistencia de estas enfermedades crónicas indica la necesidad de una atención médica integral y personalizada para manejar múltiples comorbilidades en esta población.

Figura 10

Medicamentos

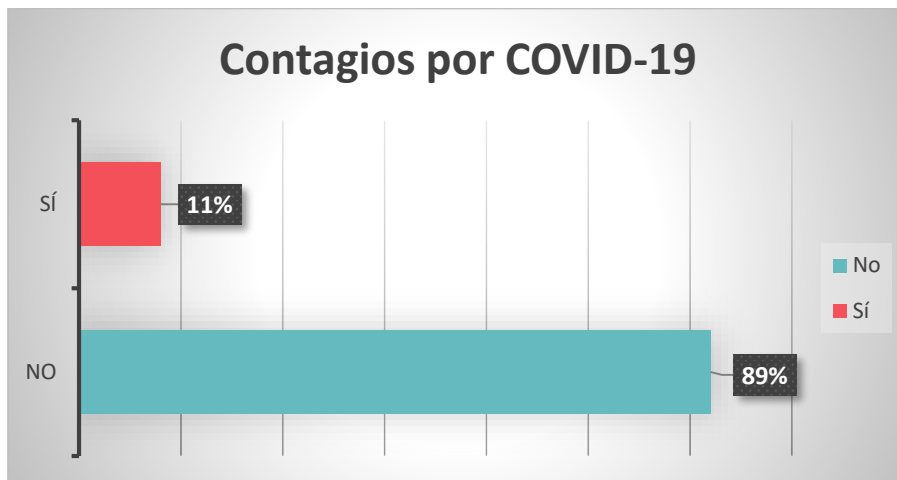


Nota. Elaboración propia.

El gráfico revela que el 57% de la población no consume medicamentos, lo que podría reflejar buena autogestión de la salud, o falta de acceso a medicamentos. Los analgésicos (18%) y AINES (14%) son los más utilizados, indicando una alta prevalencia de dolor e inflamación, comunes en enfermedades crónicas. El uso de antihipertensivos (5%) y anticoagulantes (3%) señala la presencia de enfermedades cardiovasculares, mientras que los bajos porcentajes de antidepresivos (2%) y antidiabéticos (1%) podrían sugerir subdiagnóstico o barreras en el acceso a tratamientos para estos trastornos. Estos patrones farmacológicos subrayan las necesidades prioritarias de salud en la población.

Figura 11

Población contagiada con COVID-19

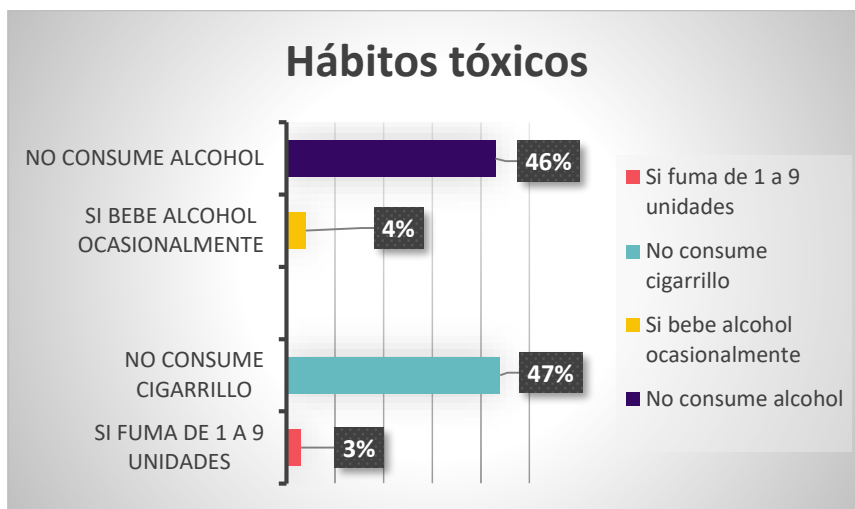


Nota. Elaboración propia.

El gráfico muestra que el 89% de los adultos mayores no ha contraído COVID-19, y aunque el 11% se ha contagiado, ninguno ha sido hospitalizado. En cuanto a la vacunación, el 57% está vacunado contra el COVID-19, pero solo el 20% contra la influenza. La mayoría ha recibido la primera (33%) y segunda dosis (27%) de la vacuna contra COVID-19, pero las cifras disminuyen drásticamente para la tercera (11%) y cuarta dosis (1.4%), indicando posibles barreras de acceso o información. Además, el 27.6% no se ha vacunado debido a dificultades de acceso.

Figura 12

Prevalencia de Hábitos Tóxicos



Nota. Elaboración propia.

El 3% de los adultos mayores, todos hombres, fuma entre 1 y 9 cigarrillos. Además, el 47% no fuma, el 46% no consume alcohol y el 4% bebe alcohol ocasionalmente. Estos datos reflejan que la mayoría evita hábitos tóxicos, aunque una pequeña proporción aún los mantiene.

Tabla 1.*Índice de Masa Corporal (IMC) e Índice cintura – cadera*

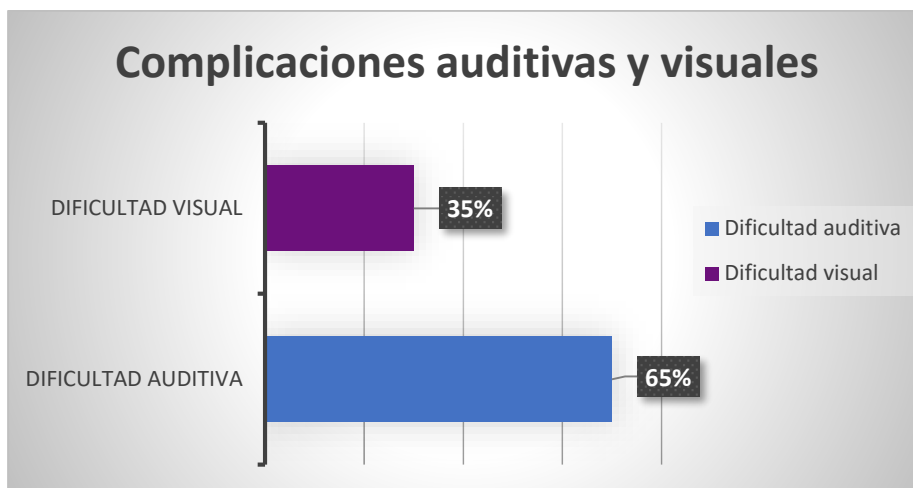
Variable	Frecuencia	Porcentaje
IMC		
Bajo peso IMC>28	8	11.6%
Normal	4	63.8%
IMC 18,5-24,9.	4	
Sobrepeso	16	23.2%
IMC 25-29,9.		
Obesidad grado 1	2	1.4%
30-34,9		
Total	7	100%
	0	
Índice cintura cadera en mujeres		
< 71	6	8.5%
(obesidad gluteofemoral)		
71 – 84 cm (normal)	2	61.7%
	9	
> 85	11	29.8%
(obesidad abdominal)		
Total	4	100%
	6	
Índice cintura cadera en hombres		
< 78	3	12.1%
(obesidad gluteofemoral)		
78 – 94 cm (normal)	1	60.6%
	6	
> 95	5	18.2%
(obesidad abdominal)		
Total	2	100%
	4	

Nota. Elaboración propia.

En la población de adultos mayores del centro, la mayoría presenta un IMC en el rango normal (63.8%), con una proporción menor en sobrepeso (23.2%) y muy pocos con obesidad grado 1 (1.4%), lo que sugiere un riesgo metabólico moderado. En cuanto al índice cintura-cadera, la mayoría de las mujeres (61.7%) y hombres (60.6%) se encuentran dentro de rangos considerados normales, sin embargo, un 29.8% de las mujeres y un 18.2% de los hombres presentan mayor acumulación de grasa abdominal, indicando un riesgo metabólico alto en estos subgrupos.

Figura 13

Dificultad auditiva y visual

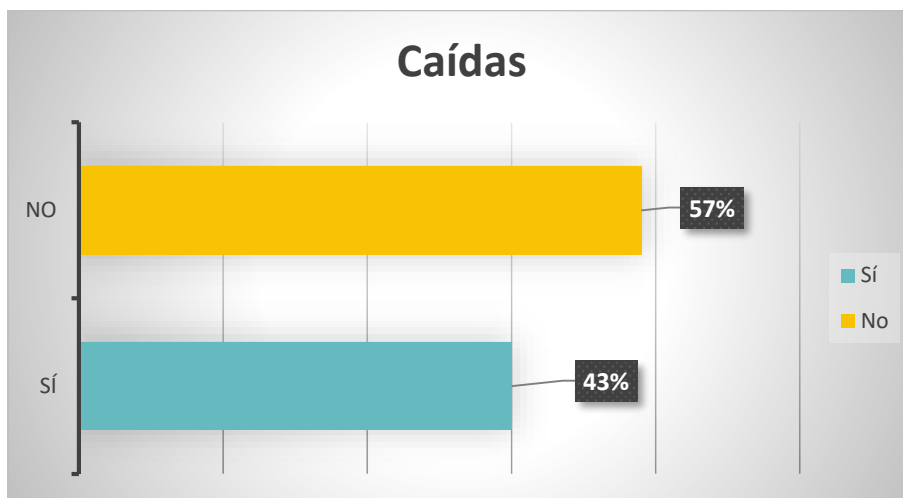


Nota. Elaboración propia.

El gráfico estadístico revela que el 65% de la población que asiste al centro presenta dificultad auditiva, mientras que el 35% evidencia dificultad visual. No obstante, se observa que ninguna de las personas afectadas utiliza lentes ni audífonos, ni presenta una discapacidad limitante que haya impedido la realización de las pruebas.

Figura 14

Caídas en el último año



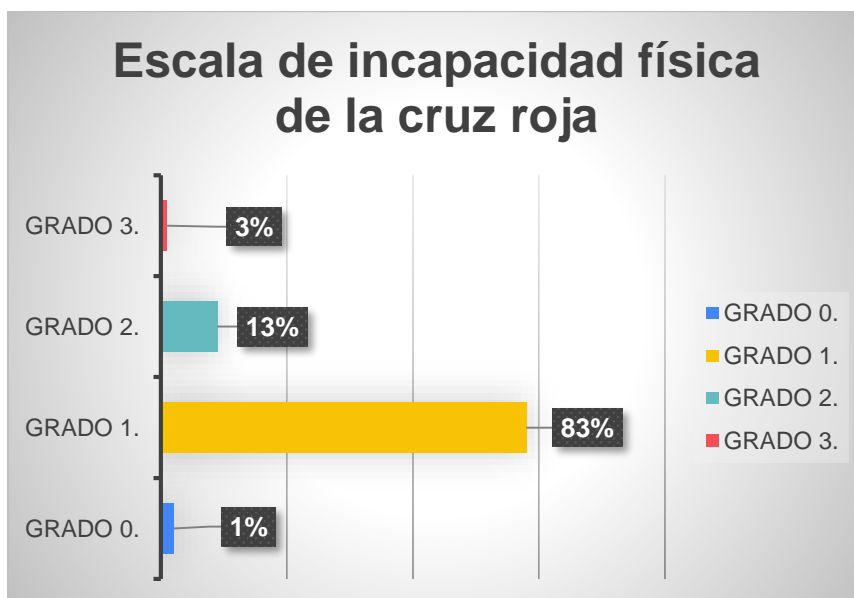
Nota. Elaboración propia.

La siguiente visualización muestra que el 43% de los adultos mayores ha experimentado caídas en el último año, mientras que el 57% no ha tenido caídas. Esto significa que casi la mitad de esta población está en riesgo de sufrir lesiones relacionadas con caídas.

Esfera Funcional

Figura 15

Resultados de la escala de la Cruz Roja

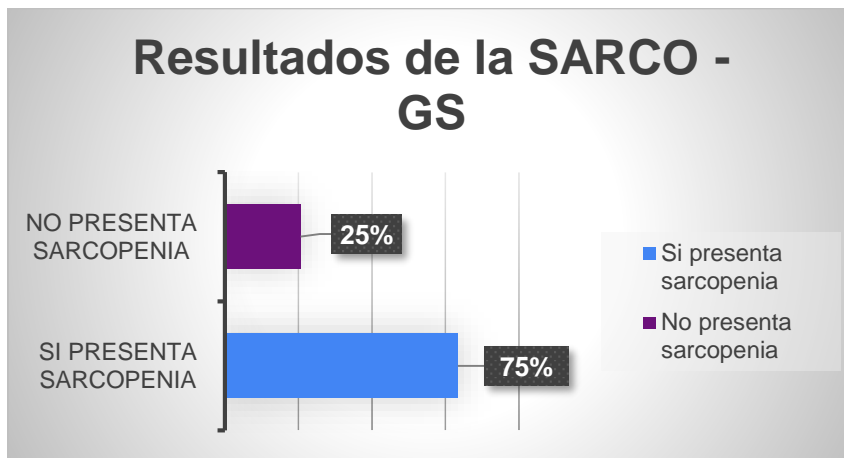


Nota. Elaboración propia.

La gráfica evidencia que el 83% de los evaluados se encuentran en el Grado 1, lo que indica una incapacidad física leve. Un 13% presenta cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda (Grado 2), y un 3% tiene una incapacidad severa (Grado 3). Solo el 1% no presenta incapacidad física (Grado 0). Estos resultados muestran que una gran mayoría de los adultos mayores tiene algún grado de incapacidad física, mayoritariamente leve.

Figura 16

Resultados de la escala SARCO-GS



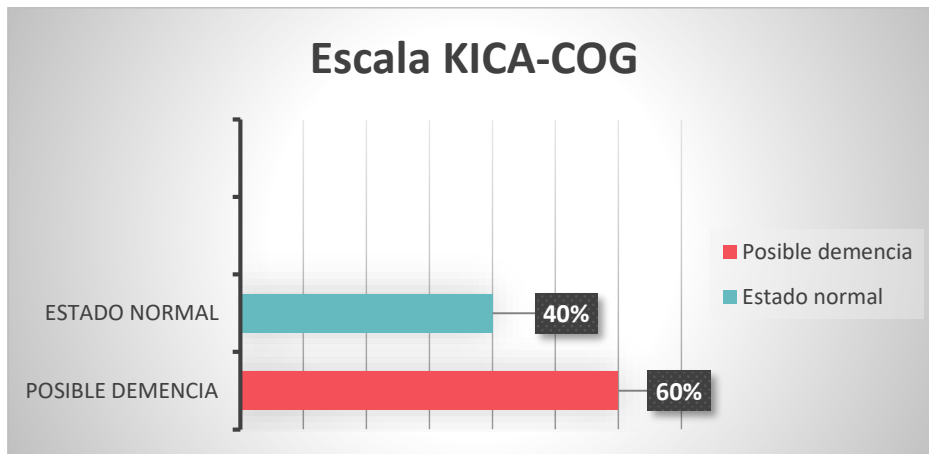
Nota. Elaboración propia.

La valoración de sarcopenia es positiva en el 75% de los evaluados, una condición caracterizada por la pérdida de masa muscular y fuerza, lo cual puede impactar significativamente su movilidad y calidad de vida. En contraste, el 25% de los adultos mayores no presenta sarcopenia. Estos resultados destacan la alta prevalencia de sarcopenia en la población mayor.

Esfera mental

Figura 17

Información de la escala KICA-COG para identificar una posible demencia.

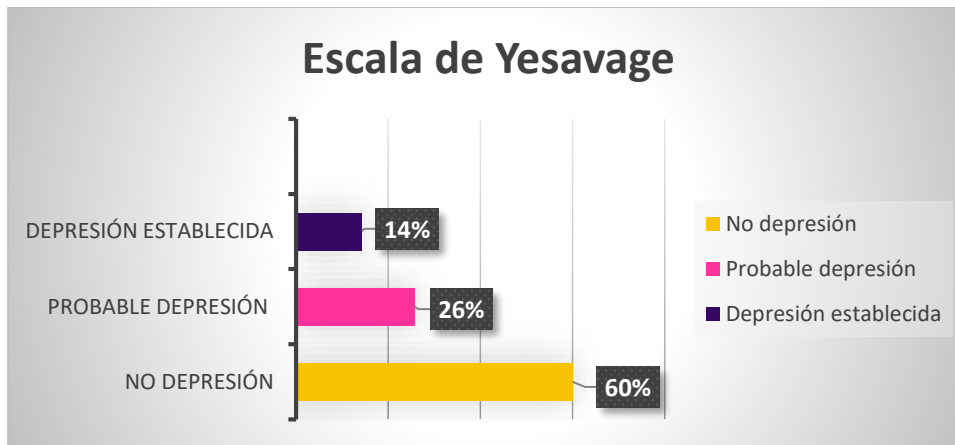


Nota. Elaboración propia.

Se evidencia una prevalencia significativa de deterioro cognitivo en la población del centro con un 60%, la cual puede estar relacionada con diversas causas como la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, factores psicológicos y sociales como el aislamiento social junto con un menor nivel educativo y socioeconómico.

Figura 18

Resultados de la escala de Yesavage



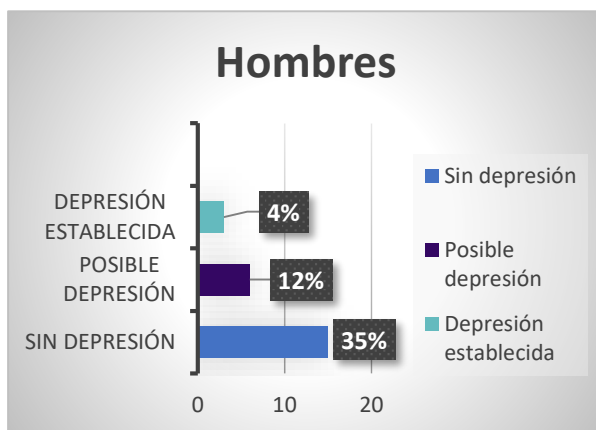
Nota. Elaboración propia.

A partir de la información proporcionada por la gráfica, se puede observar que el 60% no presenta síntomas de depresión. Sin embargo, el 26% muestra signos de probable depresión, sugiriendo la necesidad de una evaluación más detallada. Además, el 14% de los adultos mayores tiene síntomas claros de depresión establecida, lo que requiere intervención y tratamiento adecuados.

Figura 19

Resultados en Hombres

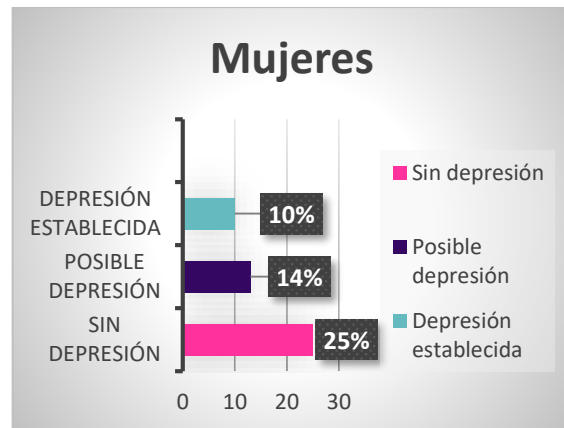
¿Ha sentido tristeza o desánimo en los últimos seis meses?



Nota. Elaboración propia.

Figura 20

Resultados en Mujeres



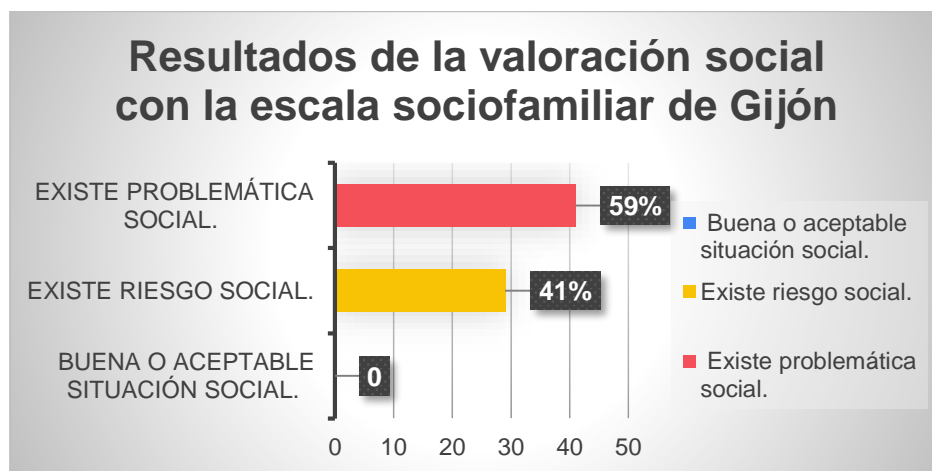
Nota. Elaboración propia.

Según los resultados, entre los hombres, el 35% no presenta depresión, el 12% tiene posible depresión y el 4% sufre de depresión establecida. En comparación, las mujeres tienen una mayor incidencia de problemas de salud mental, con solo el 25% sin depresión, el 14% con posible depresión y un alarmante 10% con depresión establecida. Estos resultados indican que las mujeres mayores presentan una mayor prevalencia de síntomas depresivos, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas de género para abordar la salud mental en esta población.

Esfera Social

Figura 21

Resultados de la escala de Gijón



Nota. Elaboración propia.

El gráfico indica que más de la mitad de la población evaluada está en una situación crítica que requiere intervención. Además, el 41% se encuentra en riesgo social, lo que implica que una proporción significativa está en peligro de desarrollar problemas sociales graves si no se toman medidas preventivas. Es notable que ningún adulto mayor se encuentra en una situación social buena o aceptable. Esto se debe a que la mayoría de los adultos mayores viven solos o con su pareja de la misma edad, y las condiciones de sus viviendas no son las adecuadas.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones más relevantes derivadas del análisis de los datos y la revisión de la literatura, las cuales ofrecen una base sólida para futuras intervenciones relacionadas al estado de salud de los adultos mayores de San Pablo.

En cuanto a la evaluación del estado de salud, se evidenció que el 39% de los adultos mayores participantes presentan enfermedades crónicas como hipertensión arterial y artritis, lo que refleja una alta prevalencia de este tipo de afecciones en la población. La utilización frecuente de analgésicos y antiinflamatorios no esteroides (AINES) sugiere un manejo constante del dolor y de enfermedades inflamatorias. Sin embargo, es notable que el 57% de la población no toma ningún medicamento, a pesar de que el 74% posee una enfermedad diagnosticada. Este aparente contraste podría estar relacionado con factores como el acceso limitado a medicamentos, la falta de seguimiento médico adecuado, o la preferencia por tratamientos alternativos. Además, se observa una significativa prevalencia de dificultades auditivas y visuales, lo cual podría estar vinculado con el envejecimiento natural y la posible falta de detección temprana y tratamiento adecuado de estas condiciones.

En el ámbito funcional, los resultados de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja indican que el 83% de los adultos mayores se encuentran en el grado 1, lo que indica limitaciones moderadas en sus actividades diarias. Este grado de incapacidad sugiere que, aunque los individuos pueden realizar la mayoría de las tareas cotidianas, requieren asistencia ocasional y experimentan dificultades en actividades que demandan mayor esfuerzo físico.

La escala Sarco-GS, revela que el 75% de participantes presenta signos de sarcopenia, lo que sugiere un deterioro progresivo de la masa muscular y la fuerza, afectando su movilidad y capacidad funcional, y aumentando su vulnerabilidad. Adicionalmente, las caídas frecuentes en un 43% de la población se relacionan con esta disminución muscular y

las limitaciones físicas, generando un ciclo de vulnerabilidad que deteriora la calidad de vida. Las caídas son un indicador crítico de la fragilidad en esta población y pueden resultar en lesiones graves, pérdida de independencia y una mayor necesidad de atención médica. La interacción entre la sarcopenia y las limitaciones moderadas en las actividades diarias crea un ciclo de vulnerabilidad que empeora la calidad de vida de los adultos mayores y aumenta su riesgo de sufrir accidentes y complicaciones de salud.

En cuanto a la esfera mental, los datos obtenidos a través de la escala KICA-COG manifiestan que el 60% de los adultos mayores presenta signos de posible demencia, lo que resalta una prevalencia significativa de deterioro cognitivo en esta población. Además, un 40% de los adultos mayores, según la escala de Yesavage, muestra niveles significativos de depresión, indicando un problema de salud mental considerable entre estos individuos. Se observa también que las mujeres mayores tienen una mayor incidencia de depresión en comparación con los hombres, lo cual podría estar relacionado con factores socioculturales y biológicos que afectan de manera diferenciada a ambos géneros en esta etapa de la vida. Las mujeres mayores pueden enfrentar una mayor carga de roles de cuidado, mayor aislamiento social tras la viudez y cambios hormonales postmenopáusicos, todos los cuales pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad a la depresión.

En el ámbito social, los resultados de la escala de Gijón indican que el 59% de los adultos mayores del estudio se encuentra en una situación social crítica, ya que viven solos o con una pareja de la misma edad en condiciones de vivienda inadecuadas, lo que agrava su vulnerabilidad. Las condiciones inadecuadas incluyen viviendas deterioradas, falta de adaptaciones para movilidad reducida, y carencia de servicios básicos como agua potable y calefacción. Esta situación crítica puede derivar de factores como el aislamiento social, la falta de redes de apoyo, y la insuficiencia de recursos económicos.

De igual manera, un 41% de la población está en riesgo social, lo cual implica que, sin medidas preventivas, pueden desarrollar problemas sociales graves como el aislamiento, la pobreza, la desnutrición y la falta de acceso a servicios de salud y asistencia social. La precariedad económica puede llevar a que no puedan cubrir necesidades básicas, como la alimentación, el cuidado médico y la manutención de su vivienda.

RECOMENDACIONES

Es esencial desarrollar programas específicos de rehabilitación y ejercicio para adultos mayores, con el objetivo de mejorar la masa muscular y la fuerza. Estas iniciativas deben estar diseñadas para abordar la sarcopenia y reducir el riesgo de caídas. Los programas deben ser accesibles y adaptados a las capacidades físicas individuales de cada persona, asegurando así que todos los participantes puedan beneficiarse sin riesgo de lesiones. Además, es importante incluir un componente educativo para que los adultos mayores comprendan la importancia de la actividad física regular en su salud y bienestar general.

Asimismo, promover la educación y sensibilización sobre los problemas de salud mental, como la demencia y la depresión, es crucial para mejorar la comprensión y el apoyo a los adultos mayores. Se recomienda la implementación de campañas educativas dirigidas tanto a las familias como al público en general. Estas campañas deben abordar los síntomas, tratamientos y formas de apoyo disponibles, con el objetivo de reducir el estigma asociado a estas condiciones. Es fundamental fomentar un entorno de empatía y comprensión, promoviendo el diálogo abierto y el apoyo emocional entre los familiares y la comunidad.

Además, se sugiere capacitar a los cuidadores y al personal de salud en técnicas de manejo seguro y prevención de caídas. Esta capacitación debe incluir prácticas de transferencia segura, el uso correcto de equipos de asistencia y la creación de entornos seguros para los adultos mayores. Asimismo, se debe enfatizar la educación sobre la importancia de una nutrición equilibrada y la actividad física regular, proporcionando herramientas y recursos para que los cuidadores y las familias puedan apoyar a los adultos mayores en estos aspectos esenciales para su salud.

Por otro lado, para reducir el aislamiento y la depresión entre los adultos mayores, es crucial fomentar redes de apoyo social y comunitario. Se recomienda el desarrollo de

programas de voluntariado, grupos de apoyo y actividades comunitarias que ofrezcan a los adultos mayores oportunidades para socializar y participar activamente en su comunidad. Estas redes no solo proporcionan un sentido de pertenencia y propósito, sino que también pueden ser una fuente de apoyo emocional y práctico en momentos de necesidad.

De la misma manera, para retrasar el deterioro cognitivo en los adultos mayores, se recomienda desarrollar programas variados y regulares de estimulación cognitiva. Estos programas pueden incluir actividades como juegos de memoria, lectura, resolución de problemas y ejercicios mentales diseñados para mantener y mejorar la función cognitiva. La participación en estas actividades puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, proporcionando un entorno estimulante que fomente el aprendizaje continuo y la interacción social.

Finalmente, es importante seguir investigando la ocupación actual de los adultos mayores y su influencia en diversas enfermedades, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y trastornos mentales. La ocupación y el nivel de actividad física no solo impactan la salud física, sino también el bienestar emocional y mental. Es fundamental considerar otros factores, como la nutrición, el acceso a servicios de salud y el nivel socioeconómico, que también pueden incidir significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores. La identificación de estos factores permitirá el desarrollo de intervenciones más precisas y efectivas, adaptadas a las necesidades específicas de esta población, promoviendo así un envejecimiento saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Gálvez, V. (2021). Valoración funcional en el anciano. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(37), 2188-2196. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.04.004>
- Andrade, L. V., González, T., Leandro, M., Chalela, E., Patricia, I., Bravo, E. S., Flores, S., & Sánchez, P. (2021). Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor atendida por el MIES. *Autoridades*.
- Acosta Núñez, M. J. (2022). La depresión y el estado de salud en adultos mayores.
- Brink, T. L., & Yesavage, J. A. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Constitución del Ecuador. (2008). Constitución del Ecuador. <https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf>
- Chicaiza Carrera, M. F. (2022). Enfermedades crónicas que inciden en la calidad de vida del adulto mayor del cantón Ibarra en el periodo 2021 [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte]. Recuperado de <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12180>
- Echagüe, Gloria, Sosa, Liliana, Funes, Patricia, Díaz, Valentina, Ferrero, Margarita, Cardozo, Osvaldo, Florentín, Marilina, Orué, Estela, & Franco, Rosa. (2023). Estado de salud y nutrición del adulto mayor que concurre al Hospital Geriátrico del Seguro Social en la Asunción. Paraguay.. *Investigación Clínica*, 64(1), 53-67. Epub 27 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.54817/ic.v64n1a05>
- Freire Coello, M. A., Abril Mera, T. M., Bravo Navarrete, G. D., Iturralde Rodríguez, X. (2022). Alteración de la marcha, inestabilidad y caídas en el adulto mayor: Tania María Abril Mera, Michelle Ariana Freire Coello, Gabriela Dennisse Bravo Navarrete, Xavier Iturralde Rodríguez. *Salud & Ciencias Médicas*, 2(1), 7–16. Recuperado a partir de <https://saludycienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/32>
- Gavilanes Fray, V., Trujillo Chávez, M. B., Estrada Zamora, E. M., Suarez Idrovo, A. J., Tamayo Vasquez, F. M. (2023). Estado funcional de adultos mayores de dos centros de cuidado en Ambato – Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1089>.

- Machado, J. (2021). Un 60% de adultos mayores vive en situación de vulnerabilidad en Ecuador. Primicias; Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/adultos-mayores-pobreza-violencia-vulnerabilidad/>
- Martínez, M. T., García, J. M., & Vilches, E. (2020). Valoración geriátrica integral. En J. M. Ribera Casado & M. Cruz Jentoft (Eds.), *Geriatría en Atención Primaria* (3ª ed., pp. 33-45). Aula Médica.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Alberca de Castro, E., & Luque Luque, R. (2002). Adaptación y validación al castellano de la escala de Yesavage abreviada (GDS) en pacientes mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 118(14), 490-496.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y ciclo de vida. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-life-course>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud mental de los adultos mayores; World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Rodríguez Ávila, Nuria, & Rodríguez Ávila, Nuria. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87–88. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087
- Rodríguez Quintana, T., Ayala Chauvin, M. A., Ortiz Rosero, M. F., Ordoñez Paccha, M. B., Fabelo Roche, J. R., & Iglesias Moré, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 138-149.
- Santacruz-Ortega, Maria del Pilar, Cobo-Charry, Maria Fernanda, & Mejía-Arango, Silvia. (2022). Relación entre la depresión y la demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 96-104. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol00096>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Sánchez, E., Montero, B., & Cruz, A. (2020). Actualización en valoración Geriátrica integral. *ANALES RANM*, 1(137). https://analesranm.es/revista/2020/137_01/13701doc01
- Torres, L. A., Rivera, S. M., Mendivelso, F. O., Yomayusa, N., Cardenas, H. M., & Hernández, C. (2019). Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor

hospitalizado. Revista Médica Sanitas, 22(1), 6–16.
<https://doi.org/10.26852/01234250.30>

Villavicencio et al. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 65-67.

<https://cnps.cl/index.php/cnps/article/view/400/451>


Vista de Vol. 6 Núm. 3 (2023): Inteligencia Selectiva. (2023). *Cienciadigital.org*.
<https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/ConcienciaDigital/issue/view/185/290>

Waters, W. F., Freire, W. B., & Ortega, J. (2019). Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Mundos Plurales-Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 6(2), 9-23.

Yessica, Q., & Estefania, O. (2023). UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES. In *Calidad de vida relacionada con enfermedades crónicas degenerativas en personas de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Cantón Tulcán 2023*. <http://repositorio.upec.edu.ec/bitstream/123456789/2005/1/177-%20OBANDO%20LESLIE%20-%20HERN%20C3%81NDEZ%20YESSICA.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud al Centro Gerontológico diurno San Pablo

	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Seréis mis testigos	IBARRA	CIENCIAS DE LA SALUD
---	---	---------------	-----------------------------

Ibarra, 20 de junio de 2024
Of. 044 – PUCEI SALUD

Ing. Hilda Montalvo
COORDINADORA DE LA FUNDACIÓN MINGA ECUADOR
CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO SAN PABLO
Presente. –




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


En miras de la colaboración interinstitucional y la mejora del trabajo en nuestra comunidad en temas de salud, me permito solicitarle de la manera más atenta, se facilite la entrega de información y datos estadísticos relevantes a las Srtas. **SCARLET NATHALY LOYO CARCHI**, con número de cédula **1050391448**, y **SILVIA YOLANDA QUILCA PASTAZ**, con número de cédula **1003582812**; estudiantes del Cuarto Nivel de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores, quienes se encuentran desarrollando el proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado **"Estado de salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Pablo"**.

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

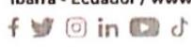
Por la atención que se digne dar al presente, le agradezco de antemano.

Atentamente,

 Mgs. Paulina Muñoz DIRECTOR DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD	  Mgs. Lillian Anais Bastidas COORD. TEC. SUP. ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES
---	--

Recibido
20/06/2024
Myriam Jbajus
Coordinadora


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



Anexo 2. Consentimiento Informado

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

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Estado de salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Pablo.

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL: Loyo Carchi Scarlet Nathaly y Quilca Pastaz Silvia Yolanda

NOMBRE DEL PATROCINADOR: PUCETEC Ibarra

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Centro Gerontológico Diurno San Pablo

INTRODUCCIÓN: La investigación se enfoca en evaluar la salud de los adultos mayores de la parroquia de San Pablo, Cantón Otavalo mediante entrevistas. Se analizarán diversos aspectos de su salud, incluyendo el bienestar clínico, funcional, mental y social.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

- **Objetivo de la investigación:** Identificar el estado de salud clínica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores a través de la evaluación de las cuatro dimensiones de la valoración geriátrica integral, en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, durante el periodo de mayo a agosto del 2024.
- **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo, de campo, no experimental sin intervenciones controladas.
- **Características de los participantes que estarán incluidos:** Los participantes deben tener mínimo 65 años de edad y haber firmado un consentimiento informado que detalle los objetivos, procedimientos y riesgos involucrados.
- **Criterios de inclusión y exclusión y eliminación:** En este estudio se incluirán personas adultas mayores con edad igual o superior a 65 años según el listado oficial del Centro Gerontológico San Pablo. Serán excluidas aquellas que no cumplan con estos criterios de inclusión o no firmen el consentimiento informado, o que opten por no participar voluntariamente.
- **Información adicional:** Los resultados ayudarán a mejorar los servicios para adultos mayores y los participantes recibirán una evaluación de su salud.

PROCEDIMIENTOS:
Durante el mes de julio de 2024, en el Centro Gerontológico Diurno San Pablo, se llevarán a cabo entrevistas para evaluar la salud clínica, funcional, mental y social de los adultos mayores. Estas actividades serán guiadas por las estudiantes designadas de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores, asegurando un tiempo adecuado de aproximadamente 30-40 minutos por participante, dependiendo de la evaluación específica.

RIESGOS Y BENEFICIOS:
No existen riesgos físicos ni psicológicos para los participantes. Los beneficios incluyen una evaluación integral de su salud y la oportunidad de contribuir al conocimiento sobre la salud de los adultos mayores.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:
La participación en esta investigación no implica ningún costo o compensación económica.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:
Toda la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad y solo será utilizada para fines de la investigación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:
La participación es completamente voluntaria, y el participante o su representante legal pueden retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre: Scarlet Nathaly Loyo Carchi	Nombre: Silvia Yolanda Quilca Pastaz
Teléfono: 0990015345	Teléfono: 0982587251
Correo: snloyo@pucesi.edu.ec	Correo: syquilca@pucesi.edu.ec

1

PARTE II: CONSENTIMIENTO O ASENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En esta sección, el participante/representante legal declara haber leído y comprendido el documento de consentimiento informado, así como los riesgos y beneficios de participar en el estudio. Todas sus preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepta participar voluntariamente y tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin afectar las atenciones debidas. Al firmar, no renuncia a ninguno de sus derechos legales. Se entregará una copia firmada al participante/representante legal.

Firmado en la Parroquia de San Pablo Otavalo, a los 17 días del mes de Julio del año 2024

Nombre del participante	Firma (o huella - si aplica):
Loyo Carchi Scarlet Nathaly	CI:
Nombre del investigador	Firma (o huella - si aplica):
Quilca Pastaz Silvia Yolanda	CI: 1050391448
Nombre del investigador	Firma (o huella - si aplica):
	CI: 1003582812

Anexo 3. Toma de datos y aplicación de la ficha KICA clínica



Anexo 4. Aplicación de escala SARCO-GS y Cruz Roja



Anexo 5. Aplicación de escala KICA-COG y Yesavage



Anexo 6. Aplicación de escala de Gijón

