



**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**

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES  
DE LOS ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO, SAN ISIDRO – ESPEJO**

**LILIA ESPERANZA GUAMÁ RODRÍGUEZ**

**TUTOR: LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO**

**IBARRA – ECUADOR**

**MAYO, 2024**

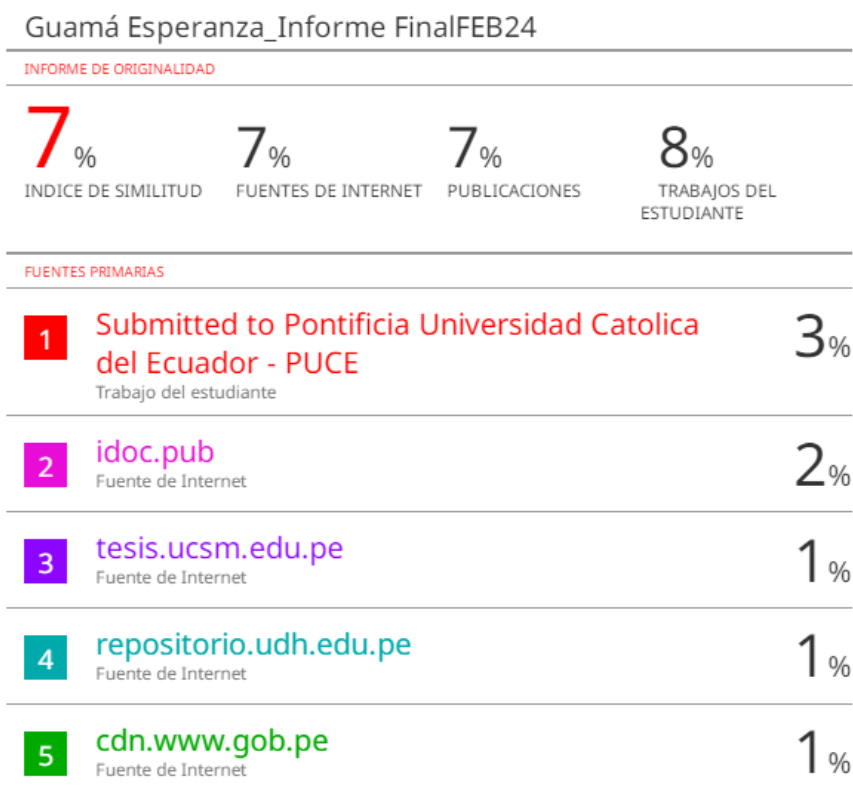
Ibarra, 7 de mayo de 2024

## CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular titulado: Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de los Espacios de Socialización y Encuentro, San Isidro – Espejo, presentado por el estudiante Lilia Esperanza Guamá Rodríguez con cédula de ciudadanía N° 0400905667, para obtener el Título de Tecnólogo Superior en Atención Integral a Adultos Mayores.

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

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



(f): \_\_\_\_\_  
Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando  
**TUTOR DE TRABAJO**  
C.C.: 0502929045

## PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

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

(f): .....

Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando

C.C.: 0502929045

(f):.....

Mgs. Benítez Terán Patricia Gabriela

C.C.: 1002094413

(f):.....

Yuneyda Beatriz Camero Solórzano.Esp.

C.C.: 1759508763

## ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Guamá Rodríguez Lilia Esperanza, 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, 7 de mayo de 2024

(f): \_\_\_\_\_

*Guamá Rodríguez Lilia Esperanza*

C.C.: 0400905667

## AUTORÍA

Yo, Guamá Rodríguez Lilia Esperanza, portadora de la cedula de ciudadanía N° 0400905667 declaro que la 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): .....

*Guamá Rodríguez Lilia Esperanza*

C.C.: 0400905667

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Nelson Vaca y Marisol, quien ha sido mi constante fuente de inspiración y apoyo a lo largo de este arduo trabajo académico. Su sabiduría, paciencia y aliento inquebrantable día a día han sido fundamentales para alcanzar este logro. Agradezco profundamente su compromiso y confianza en mí. Este trabajo lleva alegrías, penas y refleja nuestro mutuo compromiso con el conocimiento y la excelencia. A [Nelson Renan Vaca Armas y Marisol], con gratitud eterna.

*Guamá Esperanza*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios porque ha estado conmigo dándome fortaleza para continuar, a mi esposo, a mi familia quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento y poder formarme en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Ibarra, mi agradecimiento más sentido a los docentes por ser más que un docente unos excelentes amigos y seres humanos que me ayudaron en todo momento con su virtuoso conocimiento para poder culminar este proyecto.

*Guamá Esperanza*

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN TUTOR.....	ii
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL .....	iii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS .....	iv
AUTORÍA.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
Línea de investigación .....	3
Sublínea de investigación .....	3
CAPÍTULO I - PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos de la investigación .....	6
Objetivo general.....	6

Objetivos específicos.....	6
Justificación .....	6
<b>CAPÍTULO II - ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>8</b>
Antecedentes .....	8
Marco teórico .....	11
Personas adultas mayores .....	11
Estado de salud .....	19
Valoración geriátrica integral .....	23
Bases legales .....	25
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGÍA .....</b>	<b>28</b>
Enfoque .....	28
Nivel.....	28
Tipo.....	28
Diseño .....	28
Población.....	29
Muestra .....	29
Criterios de inclusión .....	29
Criterios de exclusión .....	29
Criterios de eliminación.....	29
Técnicas e instrumentos .....	30

Validación de instrumentos.....	32
Esfera clínica.....	32
Esfera funcional .....	33
Esfera mental .....	33
Esfera social .....	33
Viabilidad ética .....	34
Presupuesto del estudio.....	34
Cronograma de actividades.....	35
<b>CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
Introducción .....	37
Esfera clínica.....	37
Esfera funcional .....	47
Esfera mental .....	49
Esfera social .....	50
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	34
Tabla 2 .....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 .....	37
Figura 2 .....	38
Figura 3 .....	39
Figura 4 .....	40
Figura 5 .....	40
Figura 6 .....	41
Figura 7 .....	42
Figura 8 .....	43
Figura 9 .....	43
Figura 10 .....	44
Figura 11 .....	44
Figura 12 .....	45
Figura 13 .....	46
Figura 14 .....	46
Figura 15 .....	47
Figura 16 .....	47
Figura 17 .....	48
Figura 18 .....	49
Figura 19 .....	49
Figura 20 .....	50

**Autor(a): Lilia Esperanza Guamá Rodríguez**  
**Tutor(a): Mg. Lilian Anais Bastidas Obando**  
**Año: 2024**

## **RESUMEN**

El aumento de la población de adultos mayores y su mayor demanda de atención en salud en el Ecuador, requiere de una valoración geriátrica integral que permita evaluar las esferas clínica, funcional, mental y social; de esta forma conocer el estado de salud actual que presentan las 75 personas adultas mayores que asisten a Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia San Isidro durante el periodo octubre 2023 – febrero 2024. La presente investigación es de tipo descriptiva, con enfoque cuantitativo, transversal, de campo y no experimental, donde se aplicaron diversos test. La Ficha clínica KICA muestra que el 54% de la población es adulta mayor joven, siendo el 61% mujeres; la escala de la Cruz Roja donde se observa que el 65% pueden realizar actividades de la vida diaria pero presentan dificultad al deambular; en la SARCO-GS el 36% de la población la presenta sarcopenia; la KICA-COG refleja que el 97% no presenta demencia; dentro de la escala de Yesavage el 68% no presenta depresión; y en la escala de Gijón, manifiesta que el 96% de la población se encuentra en riesgo social.

**Palabras claves:** Estado de Salud, Adulto mayor, Valoración Geriátrica Integral.

**Author: Lilia Esperanza Guamá Rodríguez**  
**Advisor: Mg. Lilian Anais Bastidas Obando**  
**Year: 2024**

### **ABSTRACT**

The increase in the population of older adults and their greater demand for health care in Ecuador requires a comprehensive geriatric assessment that allows evaluating the clinical, functional, mental and social spheres; in this way, we will know the current health status of the 75 older adults who attend the Socialization and Meeting Spaces of the San Isidro Parish during the period October 2023 – February 2024. The present research is descriptive, with a quantitative approach, transversal, field and non-experimental, where various tests were applied. The KICA clinical record shows that 54% of the population is young older adults, 61% being women; the Red Cross scale where it is observed that 65% can carry out activities of daily living but have difficulty walking; in the SARCO-GS, 36% of the population has sarcopenia; the KICA-COG reflects that 97% do not present dementia; within the Yesavage scale, 68% do not present depression; and on the Gijon scale, it states that 96% of the population is at social risk.

**Keywords:** Health Status, Older Adult, Comprehensive Geriatric Assessment.

## INTRODUCCIÓN

En la sociedad contemporánea, el envejecimiento de la población representa un desafío a gran escala y una oportunidad única para comprender y abordar los diversos retos en salud que implica esta etapa de la vida. Es importante comprender que el envejecimiento es un proceso individual, natural y fundamental para el desarrollo del ser humano.

El término envejecimiento se implica para tratar de personas adultas mayores, por lo que es importante mencionar que, en el Ecuador dentro de la Constitución de la República, se considera que los ciudadanos que cumplan los 65 años de edad y registren oficialmente este dato forman parte de este grupo etario.

No todas las personas adultas mayores presentan un envejecimiento saludable, muchos de ellos no se encuentran en un estado de salud óptimo, presentando diversas dificultades como deterioro funcional y cognitivo, complicaciones afectivas y riesgo social; todo esto puede llegar a ocasionar una dependencia, discapacidad o en el peor de los casos, la muerte.

Para poder conocer el estado de salud de las personas adultas mayores, son diversas las investigaciones que respaldan la importancia de aplicar una adecuada valoración geriátrica integral; así también se mencionan los desafíos a los que se enfrenta este grupo poblacional, siendo los más afectados aquellos que residen en zonas rurales, ya sea por sus escasos recursos económicos para poder asistir a una consulta médica tradicional, o poder movilizarse por la distancia existente entre las zonas rurales y urbanas.

Como parte de la investigación es importante fundamentar correctamente los diversos términos que se utilizarán, para un mejor entendimiento del tema a explicar; todo esto en conjunto con la utilización de cuestionarios y un análisis que permitan conocer el estado de salud que presentan las personas adultas mayores en sus esferas clínica, funcional, mental y social. Por

tal razón, la presente investigación tiene como finalidad describir el estado de salud de las personas adultas mayores que participan en el programa intergeneracional de los Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro de la Provincia del Carchi, por medio de la medición de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral durante el periodo octubre 2023 - febrero 2024.

En la mayoría de Parroquias rurales de la Provincia del Carchi, las personas adultas mayores aún se autoidentifican como independientes y autónomas, ya que pueden cumplir con sus labores del día a día y socializan con la comunidad, pero por la situación económica que presentan, pobreza y extrema pobreza, no pueden permitirse asistir a un centro de salud para valorarse de forma adecuada, lo que genera dudas sobre el estado de salud de cada una de estas personas adultas mayores.

La presente investigación es de tipo descriptiva, con enfoque cuantitativo, transversal, de campo y no experimental; para la población de este estudio se va a trabajar con 75 adultos mayores, a quienes se les valorará dentro de las cuatro esferas: Clínica, Funcional, Mental y Social. Además, adquiere una especial relevancia al considerar el papel crucial que desempeñan los espacios de socialización y encuentro en la vida de las personas adultas mayores del área rural.

En el Capítulo III se trata la metodología, donde se hace referencia a la forma en cómo se aproxima al objeto de estudio y como se va a tomar los datos para el desarrollo de la investigación; también se define el grado de profundidad con el que se aborda un fenómeno, junto con el tipo y diseño de la investigación, tomando en cuenta la población y muestras necesarias con las técnicas e instrumentos a aplicar.

Se plantea el análisis y discusión de resultados, tema que se topa en el Capítulo IV, en este apartado es necesario procesar los datos. Es importante revisar minuciosamente los instrumentos aplicados, tabular los datos, elaborar tablas o estadísticas y el correspondiente análisis de estos.

### **Línea de investigación**

Para la presente investigación se utiliza una línea de investigación sobre Vida digna y salud.

### **Sublínea de investigación**

Al tratar en el tema con personas adultas mayores, la sublínea de investigación se basa en Salud y grupos vulnerables.

## CAPÍTULO I - PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) refiere que el número de enfermedades que presentan las personas adultas mayores ha aumentado en un 20%, casi dos veces más que en el año 2019. Así también, se ve un aumento en el envejecimiento poblacional ya que se visualiza que la esperanza de vida ha llegado a los 73 años, pero lastimosamente de forma saludable solo se cuenta hasta los 63 años, ya que son diversos los factores de crecimiento y retos que enfrentan las personas adultas mayores alrededor del mundo.

Según Wanden (2021), los diversos retos que se presentan durante la vejez, son intrínsecos como aquellos que se relacionan con características inherentes a su edad, que en su mayoría son pérdidas; por otro lado, se encuentran los extrínsecos, que tienen relación al estilo de vida, la educación, la situación económica, el grupo de apoyo con el que cuentan y demás circunstancias, que pueden llegar a afectar su estado de salud, razón importante para aplicar una valoración geriátrica integral.

Además, coincide con lo mencionado por Verduzco et ál. (2023) donde refieren en su actual investigación que todos los países se enfrentan a retos importantes ya que la mayoría no cuenta con servicios destinados específicamente para la población adulta mayor, viéndose mayormente afectada América Latina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) afirma que muchas personas adultas mayores carecen del acceso a recursos vitales, para poder mantener un estado de salud digno; Verduzco et ál. (2023) comentan que las diversas carencias, la falta de especialistas y sumado a una inadecuada valoración geriátrica integral, genera mayor cantidad de enfermedades crónicas, comorbilidades, discapacidad y enfermedades terminales en este grupo de edad.

Una digna calidad de vida para una persona adulta mayor depende de las necesidades y deseos que presente, Jiménez et ál. (2021) mencionan la importancia de alcanzar un estado de salud físico, mental, emocional, social, espiritual y ocupacional necesarios para poder completar o satisfacer sus necesidades personales o grupales; este es un concepto totalmente subjetivo, ya que en cada ser humano se presentan características heterogéneas, pero para poder realizar una adecuada evaluación es importante enfocarse en nivel de dependencia y autonomía que presenta cada adulto mayor, siendo estos valorados en las esferas clínica, funcional, mental y social.

La realidad de las personas adultas mayores varía según el país en el que se encuentran, en Ecuador, según los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2022) es alta la cantidad de patologías existentes en la población adulta mayor, además según Álvarez et ál. (2020) se menciona que la valoración geriátrica integral no suele utilizarse en los centros de salud comunitarios, siendo el mismo caso para consultas médica tradicionales, todo esto a pesar de la ya demostrada utilidad de las diversas escalas que permiten diagnosticar problemas de salud a tiempo.

La mayoría de investigaciones mencionan la escasa aplicación de una adecuada valoración geriátrica integral, viéndose mayormente afectada el área rural del país, lo que genera mayor vulnerabilidad para este grupo poblacional, puede ser así el caso de diversas Parroquias en la Provincia del Carchi que actualmente se ven afectadas negativamente al no aplicarse una valoración geriátrica integral, generando un desconocimiento del estado de salud de los adultos mayores este sector.

## **Objetivos de la investigación**

### ***Objetivo general.***

Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la aplicación de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral en los Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia San Isidro durante el periodo octubre 2023 – febrero 2024.

### ***Objetivos específicos.***

- Fundamentar teóricamente la investigación a través de la revisión bibliográfica de temas relacionados al estado de salud de las personas adultas mayores y las diferentes esferas de valoración geriátrica integral.
- Aplicar los test y cuestionarios de la valoración geriátrica integral para conocer el estado de salud de las personas adultas mayores en las esferas clínica, funcional, mental y social.
- Analizar la información obtenida mediante la aplicación de las herramientas tecnológicas para así generar un resultado verídico y actual.

## **Justificación**

Para poder conocer el estado de salud de las personas adultas mayores, son diversas las investigaciones que respaldan la importancia de aplicar una adecuada valoración geriátrica integral; así también se mencionan los desafíos a los que se enfrenta este grupo poblacional, siendo los más afectados aquellos que residen en zonas rurales, ya sea por las dificultades para movilizarse, por la distancia existente entre las zonas rurales y urbanas, o por los escasos recursos económicos para poder asistir a una consulta médica tradicional.

La presencia de escasos recursos en la población adulta mayor que residen en las zonas rurales, afectan negativamente al estado de salud que presentan, razón por la cual Fernández y

Urgiles (2023) refieren que diversos estudios sobre la población adulta mayor que residen en áreas rurales del Ecuador se encuentran en condición de pobreza si se compara con la zona urbana, aludiendo que 8 de cada 10 personas adultas mayores se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema; este factor dificulta la calidad de vida de este grupo etario, por la dificultad de satisfacer sus necesidades, que comprenden la salud física, mental, social y ambiental.

La presente investigación es de tipo descriptiva, con enfoque cuantitativo, transversal, de campo y no experimental; se realizará en una Parroquia de la zona rural en la provincia del Carchi, y la población con la que se va a trabajar consta de 75 personas adultas mayores consideradas como población vulnerable y que residan en una parroquia rural, se ha visto considerable el realizarlo en este sector por la apertura y más que nada por los bajos índices de control médico que presentan.

Para una mejora en su calidad de vida, se les realizará una valoración geriátrica integral que evalúa las esferas clínica, funcional, mental y social, de quienes deseen participar en la presente investigación, con objetivo de que conozcan el estado de salud en el que se encuentran y de esta forma quienes trabajan en el programa puedan tomar acciones preventivas que genere un aumento de independencia y autonomía, teniendo una repercusión directa en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

## CAPÍTULO II - ESTADO DEL ARTE

### Antecedentes

Al producirse un aumento de la población adulta mayor en el mundo, Echagüe et ál. (2023) mencionan que se va a demandar un mayor nivel de atención en salud, y esta tiene que ser multidimensional y que se logre identificar el nivel de deterioro o riesgo de padecerlo; por esta razón es importante el realizar consultas ambulatorias para conocer el estado de salud de las personas adultas mayores.

En Paraguay la mayoría que recibió este servicio fueron personas adultas mayores en una edad promedio de 71 año y del sexo femenino; en lo que respecta a la evaluación funcional que se aplicó, se conoce que el 43% presentó dependencia leve en actividades básicas y el 12% en actividades instrumentales de la vida diaria. Por medio de la valoración mental se conoce que el 18% mostró un déficit cognitivo, el 6% manifestó depresión y el 30% se encuentran en un riesgo social.

Este trabajo es uno de los primeros en Paraguay que realizan una valoración geriátrica integral de forma ambulatoria y medir de esta forma la dependencia o riesgo a presentarla; los datos presentados nos muestran que una adecuada valoración geriátrica integral en zonas rurales nos ayuda a futuro, ya que se pueden desarrollar estrategias y acciones preventivas que ayuden en la promoción de un envejecimiento saludable.

El envejecimiento saludable tiene una relación con un buen estilo de vida, ya que según Bran (2021) si no se genera un cambio se aumenta el riesgo de morbilidad en las personas adultas mayores. En Guatemala este grupo etario lo conforman aquellos que cumplen con 60 años de edad en adelante, razón suficiente para aplicar una valoración geriátrica integral, con el

objetivo de detectar de forma temprana enfermedades crónicas y el tratamiento adecuado con un equipo multidisciplinario.

Es de gran importancia evaluar la capacidad visual, auditiva, mental y locomotriz para poder mejorar el nivel de bienestar de las personas adultas mayores, donde se fortalece el concepto de inclusión en la sociedad y con el objetivo de se pueda alcanzar un envejecimiento exitoso desde el punto de vista médico.

Para una valoración geriátrica es importante tener en cuenta diversos aspectos, para las autoras Ayala y Tituaña (2020), la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria es indispensable, ya que en su investigación buscan conocer el nivel de funcionalidad real de quienes viven en áreas rurales en condiciones de pobre y extrema pobreza dentro de la provincia de Cotopaxi.

Dentro de este estudio se menciona importancia de que toda escala que se vaya a aplicar en una población adulta mayor debe ser correctamente adecuada ya sea en idioma, discapacidades presentes, nivel de educación, entre otros; en este caso la población a la que aplicó la investigación constaba con 75 personas adultas mayores pertenecientes al programa de atención domiciliario al adulto mayor del MIES.

Dentro de esta población se observó que son independientes el 37.3%, el mayor grupo presenta una independencia leve con 60%, siendo el 1.3% quienes tienen una dependencia moderada y no se visualiza existencia de la dependencia severa. Es importante mencionar que una valoración geriátrica integral es lo que más se necesita en las zonas rurales, pero estas deben adaptarse a la situación en la que vive la población, razón por la cual es importante conocer la realidad social en la que se desarrollan las personas adultas mayores y de este modo la evaluación de su estado de salud sea la correcta.

Parte de una adecuada valoración geriátrica integral es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, razón por la que Ron (2020) menciona la importancia de conocer la relación existente entre deterioro cognitivo y funcionalidad de las personas adultas mayores y de esta forma generar planes o programas que ayuden a mejorar el estado de salud de este grupo etario.

En la parroquia urbana Tarqui perteneciente a la provincia del Guayas, se realizó una investigación con una muestra de 255 pacientes, de los cuales el 64% presentaban deterioro cognitivo, y esto les generaba una mayor dependencia, siendo el 77% severa y el 23% moderada, de este grupo se observó que quienes más se afectaron era el género femenino entre los 75 a 90 años; y las comorbilidades con mayor presencia era la hipertensión arterial con 81%, la diabetes mellitus tipo 2 con 32%, accidentes cerebro vasculares con 22% y poca incidencia de insuficiencia cardiaca o enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Se visualizan diversos factores de riesgo presentes en este sector, los cuales son modificables si se detectan y corrigen a tiempo, el conocer el estado de salud en el que se encuentra una persona adulta mayor sirve de guía para planes futuros, los cuales buscan ofrecer un envejecimiento saludable a la población, con un correcto control de las patologías existentes y un entorno adecuado para que mantenga su independencia y autonomía.

Una parte importante de una valoración geriátrica integral para lograr un envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida, para Gordillo y Peralta (2021) consiste en conocer la percepción de las diversas esferas que comprenden a las personas adultas mayores; dentro de la parroquia rural San Luis del cantón Riobamba se realizó una investigación a un total de 205 adultos mayores.

Un análisis completo consiste en conocer las historias clínicas, las capacidades funcionales y la existencia de una discapacidad. Los resultados mostraron que el 82.44% presentan enfermedades y las de mayor relevancia son la hipertensión arterial con un 34.32%, el hipotiroidismo con 28.99% y la diabetes mellitus con 18.34%. en lo que respecta a funcionalidad se observó que el 76.10% presentan una discapacidad funcional y dentro del grupo de personas adultas mayores, el tipo de discapacidad predominante fue la discapacidad ligera que la presentan el 44.23%.

Lastimosamente son altos los porcentajes que demuestran la existencia de una dependencia en las personas adultas mayores, esto se debe al desconocimiento y poco acceso que tiene este grupo a una valoración geriátrica integral, por lo que se plantea que es necesario empezar a cambiar esta situación con prevención y tratamiento adecuado de las dificultades que se presenten.

## **Marco teórico**

### ***Personas adultas mayores***

El envejecimiento de la población es un tema amplio y complejo que involucra múltiples facetas y en especial medidas para reconocer que cada persona tiene vivencias, personalidades y situaciones únicas, lo que da lugar a una variabilidad notable en el estado de salud dentro de este grupo.

Para la OMS, las personas adultas mayores son generalmente individuos que ya cuenten con sesenta años de edad o más; mientras que para el Ecuador “se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

**Etapas de la Adultes Tardía.** La adultes tardía según Lally y Valentine (2023) se considera desde el cumplimiento de los 65 años de edad, y se divide en tres etapas como:

***Edad adulta tardía joven.*** Dentro de esta categoría se encuentran las personas adultas mayores que tienen entre 60 y 75 años de edad y se considera como la tercera edad, ya que la primera es la infancia y la segunda es el trabajo y crianza de los hijos. Se puede llegar a considerar a esta etapa como los años dorados de la adultez tardía, ya que se tienen menos responsabilidades y si tuvo una educación financiera junto a un estado de salud adecuados se alcanza una autorrealización.

***Edad adulta tardía mayor.*** Generalmente se conoce a esta etapa como la cuarta edad, ya que al considerar a personas con edades entre los 75 a 84 años, se incluyen dolencias crónicas y discapacidad que generalmente aparecen con el paso del tiempo. Este grupo presenta mayor cantidad de patologías y mortalidad, especialmente si se hospitalizan por agravamiento de su estado de salud.

***Edad adulta tardía muy viejo.*** El concepto de este grupo etario varía según cada individuo y entran quienes cumplan los 85 hasta los 99 años de edad. Los rasgos que se forman en los ámbitos biológico, social y psicológico son mayormente pérdidas y todas estas tienen relación con las experiencias, circunstancias, entorno social y relaciones que han impactado en la calidad de vida de cada persona adulta mayor. Esta edad trata al envejecimiento desde un punto de vista más complejo, ya que las complicaciones y malestares se vuelven más habituales y repetitivas.

***Edad adulta tardía centenaria.*** Se consideran dentro de este grupo a personas adultas mayores entre los 100 hasta los 105 años de edad, y generalmente se los empieza a denominar como personas longevas. Dentro de este grupo de edad avanzada ya se puede mencionar la

existencia de una dependencia, en la cual se van a necesitar ciertos cuidados y atención para cubrir las necesidades de cada persona.

***Edad adulta tardía supracentenaria.*** Este grupo los comprenden las personas que ya hayan cumplido los 106 años de edad en adelante y son diversos los países que presencian grupos con esta edad tan avanzada, y generalmente se conocen como ciudades azules ya que en estas la mayoría que pertenece a esta categoría se encuentran saludables en comparación con otras ciudades, además de que no se presencia gran cantidad de movilidad y la tasa de mortalidad no es tan alta.

**Tipos de Adultos Mayores.** Mientras mayor sea la edad de una persona adulta mayor, mayor es la probabilidad de presentar enfermedades o discapacidades, a los que la Sociedad Española de Geriatría y gerontología, donde participaron Robles et ál. (2011) los clasificaron como:

***Anciano sano.*** Este grupo menciona que:

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud. (p. 28)

***Anciano enfermo.*** Se define como:

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos

con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda. (p. 28)

***Anciano frágil.*** Descrito como:

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.

En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque (como ya se explicará más adelante), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad. (p. 28)

***Paciente geriátrico.*** Refiere como un:

Paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el

equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad. (pág. 28)

**Envejecimiento.** La OMS (2022) señala al envejecimiento como el resultado de la acumulación de diversos daños generados a lo largo del tiempo, donde se observan cambios o disminución de las capacidades físicas y mentales, lo cual puede generar una enfermedad o discapacidad, y en el peor de los casos la muerte.

El envejecer es normal, y llegar a la edad suficiente para ser una persona adulta mayor es un reto, especialmente si se busca mantener un buen estado de salud. Por lo tanto, es fundamental determinar en primer lugar que es una persona adulta mayor.

**Tipo de envejecimiento.** Todo envejecimiento comprende un declive, a lo que Salvador (2021) menciona que se afecta el rendimiento fisiológico y autonomía de una personas adulta mayor, y estos cambios no deben resultar frustrantes ya que es totalmente normal. Se puede observar diversas formas de envejecimiento, todo esto se relaciona mayormente con estilo de vida que se sobrelleva, permitiendo ser a las personas adultas independientes y autónomas, o presentar patologías que afectan negativamente su estado de salud actual; de esta forma González y Ham (2007) determinan que el envejecimiento se delimita a 4 formas:

***Envejecimiento ideal.*** Se menciona que:

Las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física. (p. 450)

***Envejecimiento activo.*** “A estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD); consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo” (p. 450).

***Envejecimiento habitual.*** Dentro de este grupo comprenden a:

Personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio. (p. 450)

***Envejecimiento patológico.*** Quienes conforman este grupo son:

Las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros. (p. 450)

**Teorías del envejecimiento.** Son diversos los aspectos que, a tomar en cuenta para hablar de las teorías del envejecimiento, como es lo biológico, psicológico y social. Carabalí (2020) menciona estas teorías:

***Teorías biológicas del envejecimiento.*** Dentro de estas se plantean las teorías moleculares, donde se tratan teorías de mutación genética donde aparecen múltiples mutaciones que afectan a los genes; la mutación somática, donde diversas mutaciones ocasionan enfermedades humanas; otro tipo es del error catastrófico, donde se sobre producen proteínas que

generan una pérdida catastrófica de homeostasis celular; y también menciona a los radicales libres, que relacionan los cambios del envejecimiento con el medio ambiente.

Otro tipo de teoría biológica es la celular, en esta se observa el acortamiento de los telómeros, donde se menciona que el ADN se divide y durante el proceso no se copia toda la información y causando problemas en la correcta funcionalidad de las células; también se deben mencionar las células madres y células tronco, ya que estas se encargan de regenerar y reponer células dañadas.

Como tercero se menciona a la teoría evolutiva, donde se implica el antagonismo pleiotrópico, donde un efecto es nocivo para el organismo. Y por último la teoría sistémica, donde se define lo autoinmune, que se ve afectado por la poca producción de anticuerpos en cantidades adecuadas.

***Teorías psicológicas del envejecimiento.*** A nivel psicológico, los aspectos a tomar en cuenta consisten en la cognición, las emociones, motivación y personalidad; todas estas teorías son desarrolladas por diversos autores a lo largo del tiempo.

Se menciona la teoría de la selectividad socioemocional, donde se menciona que en la vejez no se generan pérdidas, pero si se genera un cambio motivacional, donde se sustituyen los objetivos por otros nuevos. Otra de las teorías es la del envejecimiento exitoso, donde se ve depende de que las elecciones sean tomadas con responsabilidad y planificadas.

Se debe mencionar la de selección, optimización y compensación, ya que buscan que el desarrollo sea dinámico y adaptativo entre lo que se gana y pierde a lo largo de la vida. También se debe mencionar el bienestar mental, donde el envejecimiento exitosos ya no es solamente la ausencia de enfermedad, también se deben tomar en cuenta aspectos positivos del envejecimiento.

La teoría de la autodeterminación, ya plantea que se debe satisfacer las necesidades psicológicas fundamentales para generar bienestar, como la autonomía, competencia y relaciones sociales. Por otra parte, en el modelo de metas saludables se menciona que la prioridad es alcanzar metas u objetivos personales que brinden felicidad.

Una de las teorías mayormente conocidas es la de la OMS, que plantea un envejecimiento saludable como proceso biopsicosocial. La perspectiva de la trayectoria de vida es otra teoría que considera que la trayectoria de vida es un proceso de desarrollo que se ve influenciado por expectativas sociales.

Al relacionar la emoción con la cognición de forma dinámica, se aplica la teoría de la integración dinámica, donde se prioriza la capacidad para controlar de forma consciente los altos niveles de tensión. Con respecto a la plasticidad cognitiva, que es la capacidad de adquirir nuevos conocimientos, se centran en mejorar y aumentar las funciones mentales; y relacionado se encuentra la teoría neuropsicológica, que refiere que el funcionamiento del cerebro refleja un comportamiento observable.

Una de las últimas teorías es la cognitiva, el cual explica la existencia de los diversos tipos de inteligencia en la vejez en relación de un declive propio de la edad. Por último, se habla de las teorías de la personalidad, donde se buscan integrar dos aspectos que consisten en la integración o aceptación de los éxitos y desesperación o fracasos del pasado.

***Teorías sociales del envejecimiento.*** Dentro de la parte social se implican diversos factores a tomar en cuenta, debido a la normalización de problemas existentes en este campo. Se mencionan diversas teorías, de las cuales algunas destacan más que otras.

Las principales teorías son la del desarraigo junto a la teoría de la actividad, en la primera se alude que en el envejecimiento se produce una etapa desvinculación de la actividad y la

comunicación, y esta actitud genera satisfacción en las personas; para la segunda teoría, se implica la relación entre actividad física, social y laboral, donde una persona encuentra satisfacción en participar en actividades sociales.

Se presenta la teoría crítica, donde se describe al envejecimiento como un proceso reflexivo, donde se analizan experiencias vividas, y por otro lado es crítica cuando se hace una revisión sistemática para medir el valor de los conocimientos. Como último, se menciona a la teoría foucaltiana del envejecimiento, donde se plantea generar nuevas interrogantes en relación al envejecimiento, para alcanzar una mejor comprensión del tema.

### ***Estado de salud***

Es importante mencionar que el concepto de salud mantiene relación con la medicina, y ha ido cambiando con el paso del tiempo. Hurtado et ál. (2021) mencionan que generalmente la salud era un tema donde se trataban las enfermedades del ser humano, pero actualmente se han implementado a este concepto el estudio de las diversas esferas como la clínica, funcional, mental y social, lo cual ha llevado a la OMS (1948) definirlo como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Hurtado et ál. (2021) también mencionan que el estado de salud normal presenta sus excepciones, ya que en la actualidad las personas adultas mayores que manifiestan considerarse sanos, padecen alguna dificultad y esta puede ser relativamente minúscula, lo verdaderamente importante es que se encuentre controlada y no limite la capacidad para realizar actividades de este grupo etario; por esta razón también se puede mencionar la existencia de la salud relativa, como el estado de salud normal de las personas.

**Estado de Salud en las personas adultas mayores.** Durante la etapa del envejecimiento se puede presenciar diversos cambios inherentes a la edad, donde cada persona adulta mayor ha vivido un estilo de vida propio que genera un impacto directo sobre su estado de salud, a lo que el Gobierno de la República del Ecuador (2023) lo define como una etapa de cambios con los cuales se puede presentar signos y síntomas atípicos que en su mayoría tienen relación con enfermedades, las que pueden ser diagnosticadas tempranamente para no avanzar a un cuadro patológico grave.

A pesar de estas diferencias, se pueden destacar ciertos patrones generales que son típicos en esta etapa de la vida, por esta razón los autores Carrasco y Born (2021) afirman que es común que los adultos mayores busquen preservar su independencia y autonomía en la medida de lo posible.

**Estado de salud en los adultos mayores.** Son diversos los retos que se presentan durante el envejecimiento, y en la mayoría de casos se debe al estilo de vida que presentaron a lo largo del tiempo; Noa et ál. (2021) mencionan que a lo largo de los años la preocupación por las enfermedades que se desarrollan ha ido en aumento, razón por la cual se han generado diversos mecanismos para poder mantener un control de estas, siendo de mayor cuidado aquellas que son transmisibles.

Los autores Aldas et ál. (2021), Chara, Guerrero y Flores (2021) mencionan que también es importante para una valoración adecuada no solo tomar en cuenta el estilo de vida, enfermedades, oportunidades o dificultades que se presentan durante la vejez, también es importante tomar en cuenta la percepción que tiene cada persona mayor sobre su vida, en relación a la cultura, los valores, costumbres, metas y expectativas; con el objetivo de

comprender de forma amplia la complejidad del estado de salud que presentan las personas adultas mayores.

A medida que enfrentan retos físicos y emocionales relacionados con el envejecimiento, muchos se esmeran por mantenerse activos y llevar a cabo sus rutinas diarias sin depender de ayuda externa. Para lograr esto, es necesario emplear estrategias de adaptación al ajustar el estilo de vida o recurrir a dispositivos de asistencia, para facilitar la independencia.

***Estado de salud en personas adultas mayores según nivel de dependencia.*** Una persona adulta mayor al presentar un declive en sus funciones físicas, mentales y sociales, como un proceso normal o patológico, es importante diferenciar entre dependencia y discapacidad.

Según Forttes (2020), la discapacidad consiste en presentar diversas deficiencias en los aspectos físicas, mentales, o sensoriales a largo plazo que puedan impedir su participación social de forma igualitaria con los demás; por otro lado, la dependencia consiste en presentar una dificultad en la que se requiere ayuda, especialmente para realizar las actividades de la vida diaria de manera permanente.

Se menciona la existencia de grados de dependencia, los cuales consisten en tres niveles y con respecto a la discapacidad, se realiza una distribución por tipo que presenten.

Dentro de la dependencia se puede hablar de la moderada, que consiste en que una persona necesita ayuda al menos una vez al día para realizar actividades básicas de la vida diaria; la dependencia severa se manifiesta al momento en que una persona necesita ayuda de otra, pero no de forma permanente, durante dos o tres veces al día para realizar actividades básicas de la vida diaria; y por último la gran dependencia, que consiste en que una persona necesite la ayuda de otra de forma indispensable para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Relacionado a la discapacidad, se pueden mencionar diversos tipos y niveles, de forma resumida comprenden la discapacidad física, intelectual, auditiva, visual, psicosocial y de lenguaje, cada una de estas se encuentran en grados parciales o totales.

***Estado de salud en personas adultas mayores conforme a la calidad de vida.*** El estado de salud de las personas adultas mayores se relaciona directamente con su calidad de vida, a lo que Forttes (2020) afirma que se debe analizar las enfermedades de un individuo; es alta la cantidad de personas adultas mayores con enfermedades crónicas, seguidas de trastornos visuales y auditivos que generan un impacto negativo en su calidad de vida. El peligro de las enfermedades crónicas aumenta conforme la edad suma, y las enfermedades detectadas con mayor frecuencia son de personas adultas mayores que residen en la zona urbana y se enlistan la osteoporosis, problemas del corazón y diabetes, seguidos de las enfermedad pulmonar o crónica, derrame cerebral, cáncer y tuberculosis.

**Factores protectores.** Los factores protectores involucran muchos aspectos, a lo que Vázquez (2021) menciona que dentro de la salud los factores protectores comprenden diversas aristas, lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural, donde se toma en cuenta los recursos personales que se poseen, las relaciones sociales que se mantienen, las instituciones con las que nos relacionamos y el entorno que nos rodea; todo esto con el objetivo de alcanzar un desarrollo adecuado y mejorar la capacidad de resiliencia para mejorar cada día.

**Factores de riesgo.** Dentro del ámbito de la salud, Vázquez (2021) menciona que los factores de riesgo son todo lo contrario a los factores protectores, ya que estos consisten en conocer qué posibilidad de que a una persona le ocurran determinados problemas o se enferme según la situación que vivencie y el tiempo que se encuentre ya con esta dificultad.

**Prevención.** La importancia de diseñar un conjunto de intervenciones adecuadas a los retos y riesgos de cada población, según Forttes (2020), deben centrarse en intervenir en el control de enfermedades infecciosas que afectan a poblaciones en situación de pobreza, así también, el contar con múltiples enfermedades ocasiona que el nivel de vulnerabilidad aumente y disminuya la calidad de vida de quien la padece; es importante tener en cuenta que más que una intervención o tratamiento de enfermedad, una correcta prevención genera una relación costo-beneficio positiva.

### *Valoración geriátrica integral*

Es importante tener un diagnóstico sobre el estado de salud de las personas adultas mayores, razón por la se realiza una valoración geriátrica integral, acompañado a lo que Wanden (2021) señala como una herramienta de gran importancia en el ámbito de la medicina geriátrica con la que se aborda una amplia variedad de áreas para evaluar la salud de los adultos mayores.

Rodríguez et ál. (2022) utiliza la valoración geriátrica integral como un método para poder conocer con mayor precisión la capacidad funcional de las personas adultas mayores, de forma multidisciplinaria ya que se involucran profesionales en sus respectivas disciplinas; también es importante mencionar que genera una mejora la utilización de recursos y disminuye la morbilidad, hospitalización y gastos prevenibles.

Para Martín y Bermejo (2022) la valoración geriátrica integral es un procedimiento diagnóstico y terapéutico, de especto multidisciplinario que ayuda a mejorar el estado de salud de las personas adultas mayores con fragilidad; no solo debe ser aplicado, se debe adaptar según la situación en la que se necesite.

En relación con la valoración geriátrica integral, las diversas investigaciones mencionan que esta evaluación considera diversas facetas de la vida de un individuo, incluyendo los aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales.

**Esfera clínica.** Respecto a la esfera clínica Pérez y Orellana (2020) afirman que su importancia radica en conocer las presentaciones atípicas o inespecíficas de las enfermedades que afectan el estado de salud de las personas adultas mayores, información que se obtiene con una anamnesis y una exploración física.

Calahorra et ál. (2021) explican que en esta esfera, la anamnesis recoge los datos personales y clínicos del paciente, separándolos en antecedentes personales, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, la historia farmacológica, historial nutricional, y padecimientos actuales; todo esto teniendo en cuenta que debido a deterioro cognitivo leve u otra enfermedad que afecta la mente, se debe contar con la presencia de un familiar o cuidador con el que ya haya tenido contacto por un largo tiempo.

Para una correcta evaluación de la esfera clínica se plantea aplicar la **ficha clínica KICA**, que es un instrumento necesario para una adecuada valoración geriátrica integral, que consiste en una historia clínica clásica que se realiza mediante la entrevista y a la exploración física, para conocer o detectar ciertas patologías o problemas en la persona adulta mayor y conocer así un estado inicial de la persona.

**Esfera funcional.** En lo funcional, Sánchez et ál. (2020) alegan que “por función se entiende la capacidad de ejecutar de manera autónoma, sin ayuda de otras personas, aquellas acciones que componen nuestro quehacer cotidiano a nivel individual y social” (p. 79).

Dentro de esta esfera se van a contemplar las escalas de la Cruz Roja y SARCO-GS, con las cuales se evalúa la incapacidad física junto al riesgo de presentar sarcopenia.

La **Escala de la Cruz Roja** es una escala, que Trigás et ál. (2011) definen como un instrumento para evaluar y clasificar a personas adultas mayores según el grado funcional que más se aproxime a su situación actual.

Para Rosas et ál. (2023) , la **SARCO-GS** se considera como una escala novedosa que ayuda a detectar sarcopenia y es útil en diversos entornos clínicos.

**Esfera mental.** Dentro del área mental, Dornell et ál. (2023) aluden que se debe evaluar las funciones cognitivas, afectivas y de conducta, para poder conocer el grado de vulnerabilidad de las personas. Para una correcta valoración mental se plantean escalas que permiten evaluar la parte cognitiva y afectiva de una persona adulta mayor.

La primera escala, se conoce como **KICA-COG** y es un instrumento para la evaluación cognitiva, donde se valoran diversos aspectos de lenguaje tanto receptivo como expresivo.

Mientras que, para la parte afectiva, la **escala de Yesavage** es la más idónea, ya que consiste en un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas adultas mayores.

**Esfera social.** La parte social, para los autores Preciado et ál. (2022), comprende un conjunto de factores en relación al entorno donde se desarrollan las personas adultas mayores, como la vivienda, la familia, amigos, comunidad, necesidades de cuidados, entre otros. Existen diversidad de escalas para poder valorar esta esfera, pero se ha visto pertinente aplicar la escala de Gijón.

A la **escala de Gijón** se la puede definir como una evaluación que ayuda a la detección de riesgo social y también en la problemática social ya establecida en la comunidad.

### **Bases legales**

Es de gran importancia reconocer que todo ser humano tiene derechos, para los cuales las Naciones Unidas (UN, 2022) define como:

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.

Las personas adultas mayores no se eximen de estos derechos; dentro del Ecuador, según el artículo 35 y 36 de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), este grupo etario tiene derecho a recibir atención prioritaria y especializada tanto en el sector público como privado, tomando mayor relevancia dentro de los campos de inclusión social, económica y protección contra la violencia; además, afirma que es necesario cumplir 65 años de edad para poderse considerar una persona adulta mayor.

La Asamblea Nacional Constituyente (2008) plantea dentro del mismo documento los derechos que el Estado garantizará a las personas adultas mayores dentro del territorio ecuatoriano:

- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- La jubilación universal.
- Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- Exenciones en el régimen tributario.
- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

- El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

La complejidad del entorno en el Ecuador no permite que todos estos derechos se conozcan, o se hagan cumplir; pero, la importancia de la salud es parte fundamental de un envejecimiento, donde las personas adultas mayores presenten un estado de salud óptimo mediante una prevención al realizarse una valoración geriátrica integral.

Otro aspecto de gran relevancia referente a las personas adultas mayores en el Ecuador es la Ley Orgánica de las personas adultas mayores (Asamblea Nacional Constituyente, 2021), este documento plantea la importancia de proteger el cumplimiento de los derechos humanos de la población adulta mayor que se encuentren en el territorio ecuatoriano desde diversos enfoques como el jurídico, social, étnico, cultural, entre otros.

Dentro del artículo 4 de la LOPAM se señalan los principios fundamentales y enfoques de atención, y dentro del tema salud se menciona el literal a, que asegura una atención prioritaria y especializada por parte del sector público y privado a las personas adultas mayores, donde se respondan a las necesidades que este grupo poblacional presenten.

La igualdad formal y material se trata en el literal b, donde se menciona que las personas adultas mayores no son diferentes al resto de la población. Relacionándose directamente con la no discriminación, señalando que gozan de un trato justo sin importar el género, edad, cultura, movilidad humana, entre otros; todo esto dentro de diversas esferas política, social, cultural, económica, o persona.

### **CAPÍTULO III – METODOLOGÍA**

#### **Enfoque**

Para la presente investigación la metodología planteada tiene un enfoque cuantitativo, ya que se recopila información cuantificable que es tabulada, lo que permite realizar estadísticas, gráficos y tablas para poder generar un análisis sobre el estado de salud de la población a observar.

#### **Nivel**

La profundidad que se aborda para el trabajo a presentarse, es de nivel descriptivo, pues se identifica teóricamente las características principales del estado de salud que presentan las personas adultas mayores en las esferas de valoración geriátrica integral; además se encuentran diversas investigaciones donde se aplica una valoración geriátrica integral en personas adultas mayores en diversas partes del mundo para poder conocer el estado de salud en el que se encuentra este grupo poblacional, y de esta forma ayudar al planteamiento de una planificación en prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

#### **Tipo**

La investigación es de campo, ya que consiste en recolectar información directamente de la población seleccionada, que son personas adultas mayores que residen en una Parroquia rural de la Provincia del Carchi.

#### **Diseño**

Uno de los puntos importantes a conocer de este trabajo es que su diseño es no experimental, ya que al momento de realizar la valoración geriátrica integral se observan los fenómenos tal y como suceden en su contexto natural.

**Población**

La población determinada para el presente trabajo investigativo es un total de 75 personas adultas mayores que se encuentran inscritos en el programa intergeneracional de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia rural de San Isidro (**Anexo 1**) ubicada en la Provincia del Carchi.

**Muestra**

La selección de la muestra para la presente investigación se ha determinado como no probabilista por conveniencia, ya que se ha seleccionado la población a investigar, en conjunto con el planteamiento de criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se aplican en la población evaluada:

***Criterios de inclusión***

1. Personas adultas mayores desde los 65 años de edad en adelante.
2. Personas Adultas Mayores que se encuentran inscritas en el Proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia de San Isidro.

***Criterios de exclusión***

1. No ser una persona adulta mayor.
2. No estar inscrito en el Proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia de San Isidro.

***Criterios de eliminación***

1. No desear participar voluntariamente en la investigación.
2. No firmar el consentimiento informado.

### **Técnicas e instrumentos**

Son diversas las técnicas e instrumentos de investigación que se han planteado en el presente trabajo, con el fin de poder cumplir con el objetivo general mediante la ayuda del cumplimiento de los objetivos específicos.

Al trabajar directamente con la población adulta mayor, se recolectan datos primarios, así mismo las técnicas de recolección de datos que se plantean son dos: la encuesta y la entrevista. Por una parte, la encuesta se conforma por test, índices o escalas con las que se va a valorar las esferas clínica, funcional, mental y social, las cuales ya fue debidamente adaptadas a las necesidades de la población de estudio; mientras que con la entrevista se plantea un diálogo entre dos o más personas con pautas claras donde se busca conocer el estado de salud en el que se encuentra este grupo etario.

Dentro de las escalas de valoración geriátrica integral, son diversas las preguntas para evaluar con éxito el estado de salud de las personas adultas mayores, por lo que son fundamentales para esta investigación:

Dentro de la valoración clínica, se utiliza la **Ficha Clínica de KICA**, con la cual se plantea conocer diversos aspectos relacionados con la persona adulta mayor, como lo es la anamnesis, donde se consultan datos de identificación, historial de enfermedades actuales, antecedentes personales y familiares, además de incluir hábitos tóxicos, caídas durante el último año y un tamizaje rápido audiovisual.

En la esfera funcional se emplean dos escalas, la primera se conoce como **Escala de la Cruz Roja**, la cual permite detectar la dependencia de una persona adulta mayor, esta consiste en 6 Grados o puntuaciones en relación a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria; comenzando con el Grado 0 que menciona una independencia total, el Grado 1 refiere que se

realizan suficientemente estas actividades, Grado 2 donde se menciona la existencia de alguna dificultad, el Grado 3 que plantea la existencia de muchas dificultades, el Grado 4 manifiesta ayuda para casi todas las actividades, por último el Grado 5 que manifiesta una dependencia total. Para la interpretación, es necesario elegir solo un Grado y debe ser el que más se asemeje a la situación funcional de la persona adulta mayor.

Como segunda escala para conocer la esfera funcional se maneja la **SARCO-GS**, y esta permite detectar la presencia de sarcopenia, tomando en cuenta dos puntos importantes, la parte subjetiva y la objetiva. Dentro de esta escala se cuenta con 5 temas indispensables; los subjetivos donde se pregunta sobre la autopercepción de la persona adulta mayor en temas de velocidad de marcha, fuerza muscular y cantidad de masa muscular; la parte objetiva busca asegurar la confiabilidad de lo mencionado por la persona adulta mayor al realizar diversas actividades que ayudan a conocer la fuerza muscular y la cantidad de masa muscular que presentan. Al sumar los puntos obtenidos, si el resultado es mayor o igual a 3, se observa la existencia de sarcopenia; y si el valor es menor a 3, no se detecta sarcopenia.

Dentro de la esfera mental se ocupan dos escalas, la primera que mide la cognición de las personas adultas mayores y se conoce como **KICA-COG**, donde se aplica una evaluación cognitiva que consiste en conocer temas de orientación, reconocimiento y denominación, registro, comprensión, fluidez verbal, recordar, denominación visual, función frontal/ejecutiva, retirada gratuita, recuerdo con claves y práctica. Esta escala presenta una puntuación total de 39, donde un resultado menor o igual a 33 indica la existencia de una posible demencia; pero si el valor supera los 33, no ha manifestado una demencia.

Mientras que para la parte afectiva se utiliza la **escala de Yesavage**, donde se busca conocer el grado de depresión de las personas adultas mayores al aplicar 15 preguntas sobre de

sí/no sobre cómo se ha sentido durante la última semana; si se presenta una puntuación de 0 a 5, se presenta un estado afectivo normal; si ya la escala suma de 6 a 9 puntos, se menciona un riesgo de presentar depresión; y si la escala presenta una puntuación de 10 hasta 15, ya se visualiza una depresión establecida.

Como último pero no menos importante es la valoración social, mediante la cual se detecta el riesgo social al aplicar la **escala de Gijón**, la cual plantea 5 temas imprescindibles como la situación familiar, la situación económica, la vivienda, las relaciones sociales y el apoyo de la red social. La escala se plantea sobre 25 puntos, de los cuales si se presenta de 1 a 9 puntos la situación social es aceptable; de 10 a 14 puntos, la se menciona la existencia de un riesgo social; y si el resultado es mayor o igual a 15, se presencia un problema social.

La primera parte de la investigación se ayuda por medio de la técnica de documentación, ya que se realiza una revisión bibliográfica con la que se obtuvo información teórica de diversas investigaciones sobre el estado de salud de las personas adultas mayores en relación a las escalas de la Valoración Geriátrica Integral utilizando un gestor bibliográfico (Mendeley).

## **Validación de instrumentos**

### ***Esfera clínica***

La Kimberly Indigenous Cognitive Assessment (KICA) es una herramienta a la que LoGiudice et ál. (2011) menciona que fue desarrollada y validada por un grupo de líderes de comunidades rurales de Kimberly y que está diseñada para aplicarse a personas adultas mayores indígenas que viven en áreas rurales, se especializa principalmente por su evaluación cognitiva que es capaz de detectar demencia.

### *Esfera funcional*

Otra escala a aplicar es la **escala de incapacidad de la Cruz Roja**, la cual según Trigás et ál. (2011) se publicó en 1972 y se desarrolló como un instrumento para evaluar a personas adultas mayores que necesiten asistencia geriátrica; un año antes de su publicación, ya se utilizaba en el servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, donde se diseñó como instrumento para evaluar y clasificar las personas adultas mayores.

Dentro de la esfera funcional también se aplica la **SARCO-GS**, que según Rosas et ál. (2023) se considera una escala novedosa, corta, asequible y fácil de usar utilizada para la detección de sarcopenia, en cual para su desarrollo se involucró el Dr. Armando Luna López quien en conjunto con el Centro de Evaluación Geriátrica, dentro de Universidad Iberoamericana en México, lograron validar esta escala como una herramienta confiable y efectiva.

### *Esfera mental*

La **escala de depresión de Yesavage** es un instrumento que al principio se validó con 100 preguntas, después se presentó una versión con 30 preguntas, y con el paso del tiempo se validó una versión más corta de 15 preguntas. La escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) se desarrolló por Brink, Yesavage y en conjunto con Lum, Heersema, Adey y Rose en 1982 se validó. Se considera el único autoinforme construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos.

### *Esfera social*

Para la valoración de la esfera social se utiliza la **escala de Gijón**, que mide el riesgo social al que se enfrenta la persona adulta mayor, y la versión más utilizada es la validada por García González en 1999, presentando una difusión amplia y recomendada en diversos manuales donde se señalan escalas.

### **Viabilidad ética**

Para contar con la validación ética dentro de la investigación se ha realizado un acercamiento con las autoridades del GAD que coordinan el programa de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia de San Isidro, ya que ellos son el ente rector para permitir el acceso hacia la población a investigar y su información, en el cual gracias a la solicitud de permiso para la realización de la misma se puede contar con la debida aceptación **(Anexo 2)**.

Para complementar de forma adecuada esta investigación en honor al respeto de la autonomía e integridad de las personas a investigar, se ha visto más que necesario aplicar un consentimiento informado **(Anexo 3)**, para que cada persona adulta mayor pueda tomar la decisión de participar o no en la presente investigación. Dentro de este documento se toma en cuenta la firma o huella como rúbrica oficial, ya que son diversos los adultos mayores que no terminaron sus estudios, razón por la cual no poseen una firma.

### **Presupuesto del estudio**

Los rubros que se utilizaron en la presente investigación se han detallado en una tabla.

**Tabla 1**

*Total de presupuesto del estudio*

<b>RUBROS</b>	<b>VALOR</b>
Materiales y suministros (Lápiz, esferos, grapadora, resma de papel bond, carpetas)	50.00
Material bibliográfico	50.00
Transporte	150.00
Licencias de software	0.00

Imprevistos	100.00
Asesoría externa internet	80.00
Inversión	430.00

*Nota.* Elaboración propia.

### Cronograma de actividades

Las diversas actividades realizadas durante el presente proyecto se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 2**

*Cronograma de actividades en las que se realizó el proyecto de investigación*

ACTIVIDADES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Revisión bibliográfica para la determinación del tema	X				
Primer acercamiento con los directivos del GAD de la Provincia del Carchi	X				
Descarga e instalación de gestor bibliográfico y búsqueda de artículos científicos.	X				
Fundamentación teórica a la investigación sobre temas de la valoración geriátrica integral y el estado de salud.	X	X	X		
Capacitación de toma de datos.			X		
Charla con las PAM del programa de espacios de socialización				X	
Firma de la Carta compromiso				X	
Aplicación de escalas de valoración geriátrica integral.				X	
Análisis y tabulación de datos.				X	
Conclusiones de resultados.				X	

---

Redacción de informe final para el trabajo de titulación.	X
Defensa del proyecto de titulación.	X

---

*Nota.* Elaboración propia.

## CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Introducción

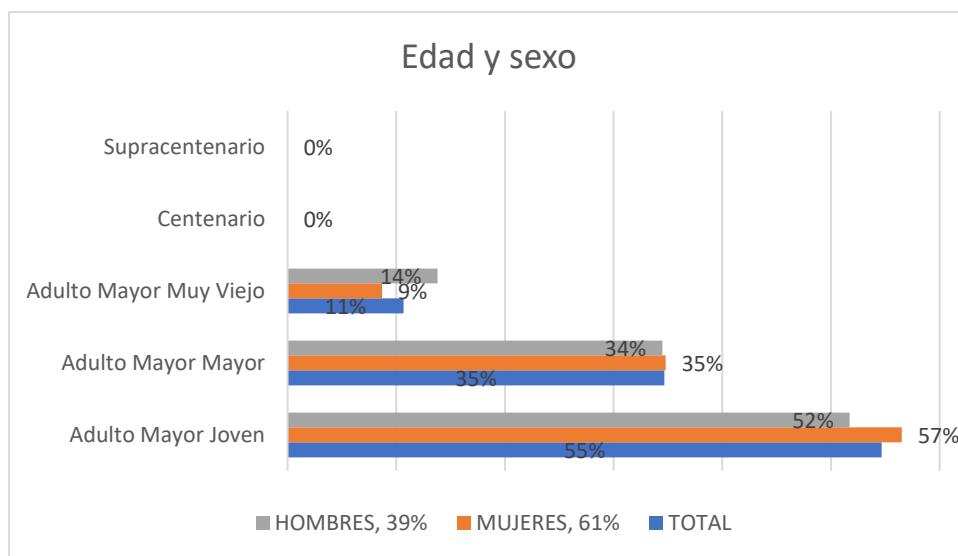
Se investigan a 75 personas adultas mayores que asisten al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro, tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se ha conseguido la cooperación de la población total y se obtienen los siguientes resultados por cada esfera:

### Esfera clínica

Dentro de la esfera clínica se recolectaron diversos datos que nos ayudan a comprender la situación de la población adulta mayor que asiste al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro, siendo este grupo conformado por 75 personas adultas mayores, donde el 61% representan al sexo femenino, con 47 mujeres, mientras que la minoría son el sexo masculino que fueron 29 hombres siendo este un 39%.

### Figura 1

*Grupos de edad por sexo de la población adulta mayor*

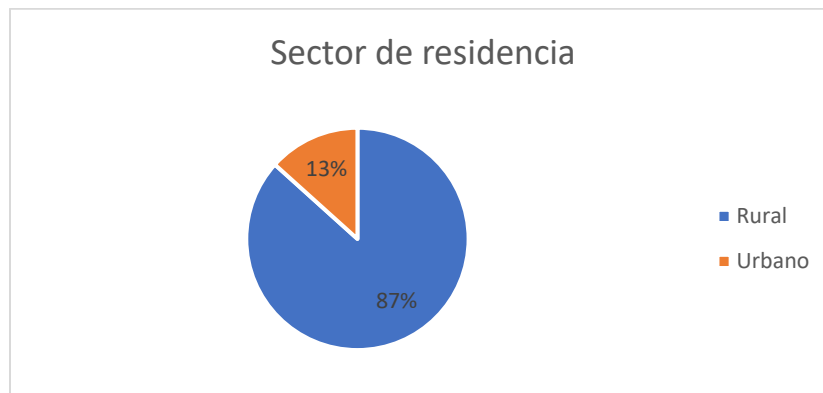


*Nota.* Elaborada por el autor.

Dentro de la investigación el grupo mayormente representativo son los adultos mayores jóvenes que oscilan entre los 65 a 74 años de edad, este grupo equivale el 55% de la población, e incluyen al 57% de las mujeres de la población total y el 52% de los hombres totales; le siguen los adultos mayores mayores que su edad tiene un rango entre los 75 hasta los 84 años de edad, este grupo lo conforma el 35% de la población y aquí se encuentran el 35% de mujeres y 34% de hombres; por último, como minoría se mencionan a los adultos mayores muy viejos, estos cumplen desde 85 hasta los 99 años de edad y representan solamente el 11% de la totalidad de la población, en este grupo se encuentra el 9% de mujeres y el 14% de hombres. Dentro de la muestra no se visualiza la presencia de adultos mayores centenario ni supracentenarios, que superen los 100 años.

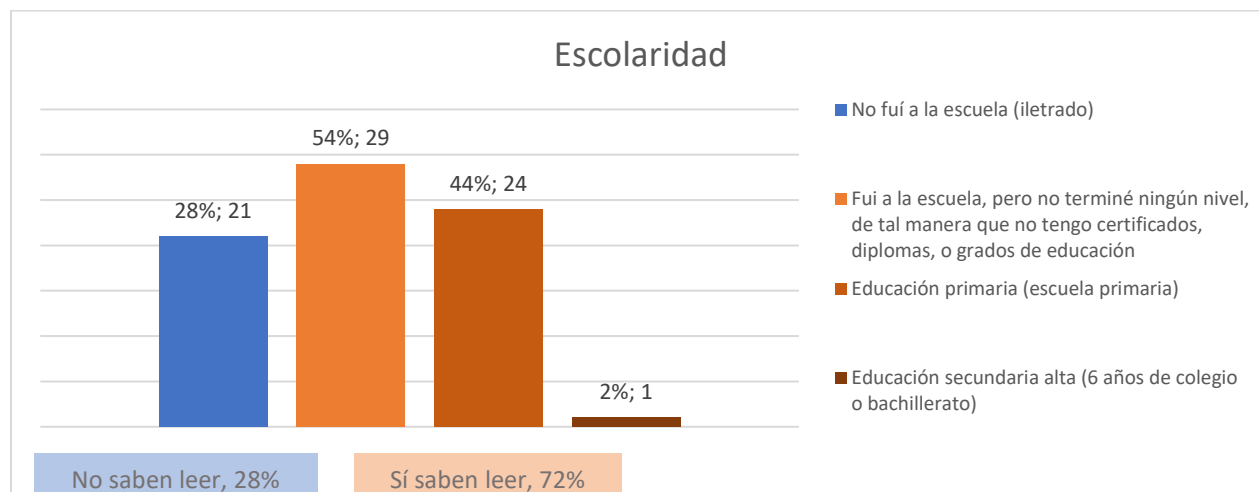
## Figura 2

*Área en la que vive*



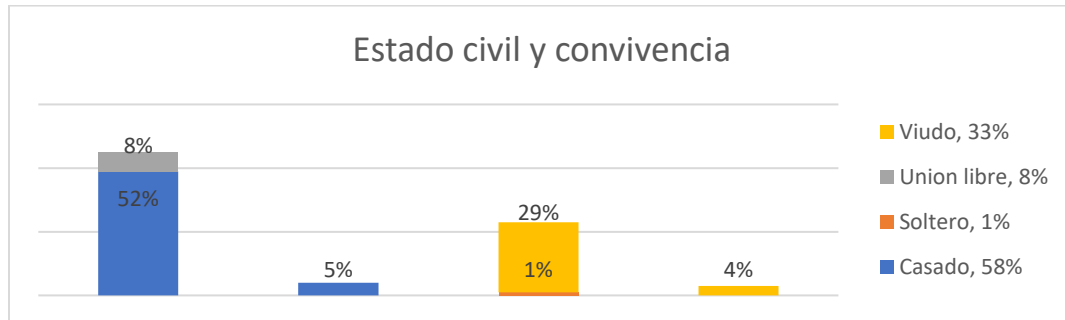
*Nota.* Elaborada por el autor.

Con respecto al sector o comunidad en la que residen las personas adultas mayores evaluadas se menciona que todos viven en la provincia del Carchi, dentro del cantón Espejo, y referente al área en la que habitan, la mayoría que son el 87%, 65 adultos mayores, residen en la zona rural; mientras que el grupo minoritario que son 10 usuarios y que representan el 10% aludieron pertenecer a la parte urbana.

**Figura 3***Nivel de escolaridad*

*Nota.* Elaborada por el autor.

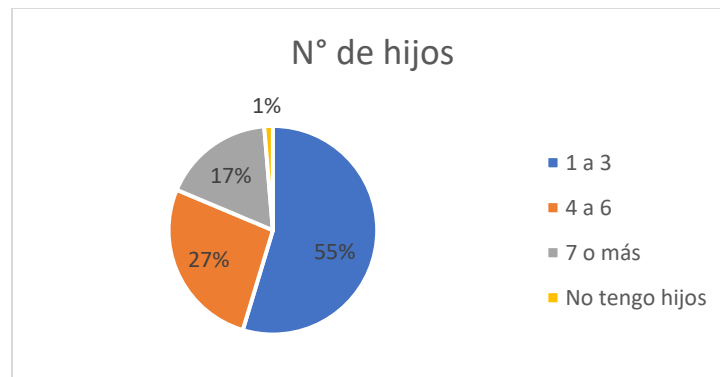
Respecto a la escolaridad, el 28% que son 21 personas adultas mayores, mencionan que no saben leer ni escribir ya que no han podido asistir a la escuela. Por otra parte, la gran mayoría que son 54 personas y que equivalen al 72%, mencionan que si pueden leer y escribir; respecto a quienes no son analfabetas, el 54% menciona que fue a la escuela pero no la terminó, el 44% tuvo una educación primaria y solo el 2% terminó la educación secundaria de 6 años. Es importante recalcar que todos los adultos mayores aprendieron a hablar un solo idioma que es el Castellano, no conocen ningún otro idioma.

**Figura 4***Estado civil y convivientes*

*Nota.* Elaborada por el autor.

En torno al estado civil de las personas adultas mayores evaluadas, se conoce que la mayoría que es el 58% se encuentran casados, a este grupo le siguen los viudos que son el 33%; el 8% se encuentran en unión libre; y por último solo el 1% está soltero. No se visualizan adultos mayores separados o divorciados.

La mayoría de personas adultas mayores, el 60% viven con su pareja, el grupo que le sigue es de quienes viven solos que representan el 31%; el 5% mencionan que viven con su pareja e hijos; mientras que el grupo minoritario que es el 4%, viven con sus hijos.

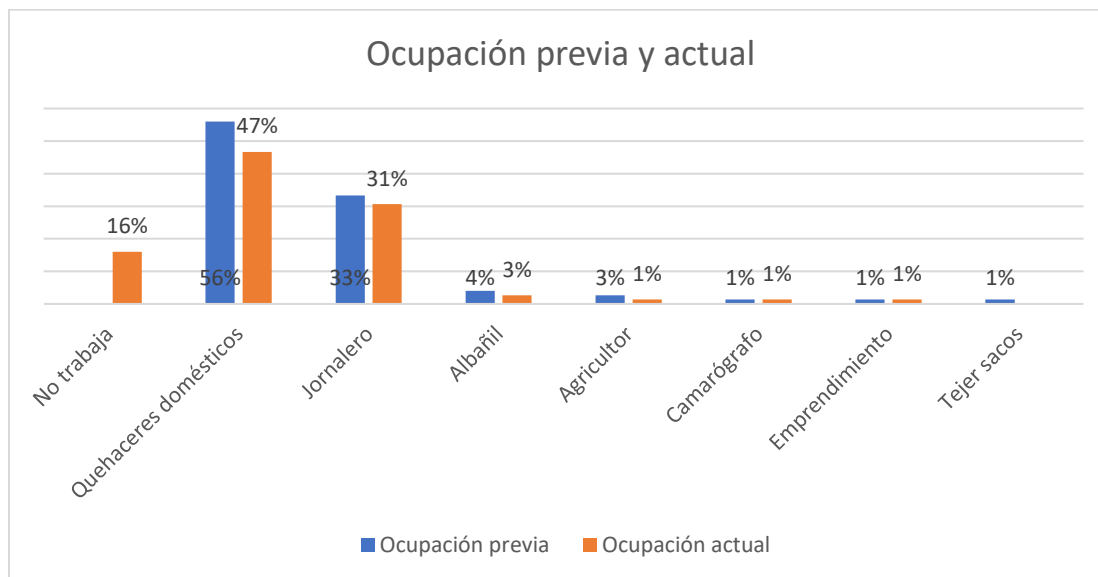
**Figura 5***Hijos vivos*

*Nota.* Elaborada por el autor.

La mayoría de personas adultas mayores en la investigación que es el 55%, mencionan que tienen entre 1 a 3 hijos vivos; cerca del 27% tienen entre 4 a 6 hijos; mientras que, quienes tienen 7 o más hijos son el 17%; por último se conoce solo el 1% no tuvo hijos.

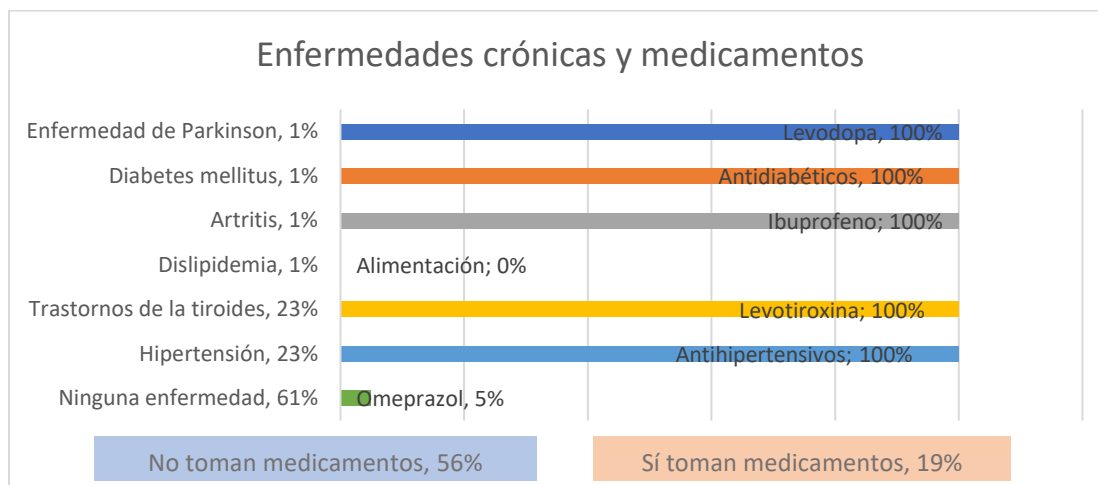
### Figura 6

#### *Ocupación previa y actual de las personas adultas mayores*



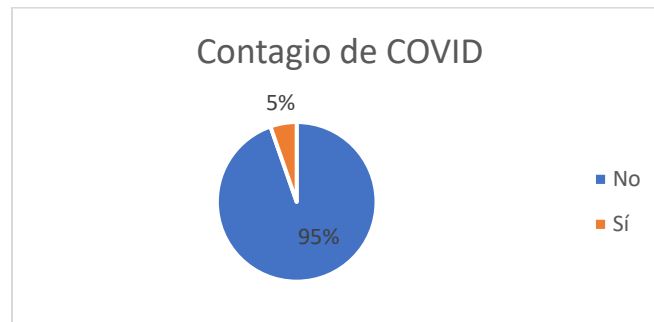
*Nota.* Elaborada por el autor.

La mayoría de personas adultas, que son el 56%, mencionan que anteriormente se dedicaban a la realización de quehaceres domésticos, y actualmente el 47% mantiene esta profesión; a este grupo le sigue el 33% que se trabajaron de jornaleros, siendo conformado actualmente solo por el 31%; el 4% trabajó de albañil y el 3% aún mantiene su trabajo; el 3% de agricultor se redujo al 1% actualmente, y cerca de un 1.33% representan de forma individual las ocupaciones de camarógrafo y emprendedor que se mantienen hoy en día; como últimos es importante mencionar que el 1.33% que se dedicaban al tejido ya no lo hace, y es el 16% el total de personas que ya no trabajan en la actualidad.

**Figura 7***Enfermedades crónicas y su medicación*

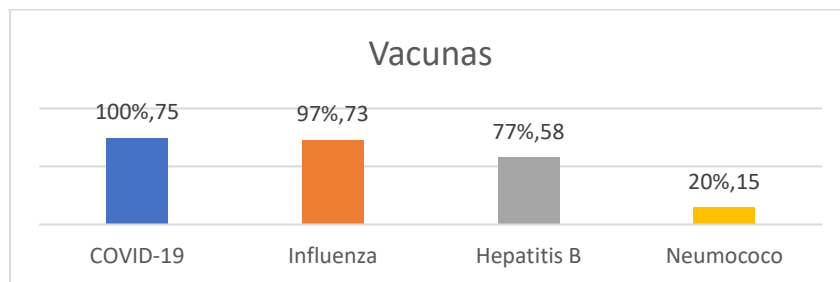
*Nota.* Elaborada por el autor.

El 61% de personas adultas evaluadas no presentan ninguna enfermedad, solo un 5% de estos se medican con omeprazol; y el 29% que son 29 personas si mencionan diversas patologías controladas con medicamentos o cambios del estilo de vida. Las enfermedades con mayor incidencia en este grupo, son los trastornos de la tiroides y la hipertensión arterial, con el 23% cada una, las cuales son controladas con levotiroxina y losartan respectivamente; también se conoce la presencia del 1%, de forma individual, de enfermedades controladas con medicamentos como el Parkinson, la Artritis y la Diabetes mellitus, al tomar levotiroxina, ibuprofeno y antidiabéticos. Por último se menciona la existencia del 1% de dislipemia, el cual no tiene tratamiento farmacológico pero si cuidados en la alimentación y actividad física.

**Figura 8***Población contagiada con COVID*

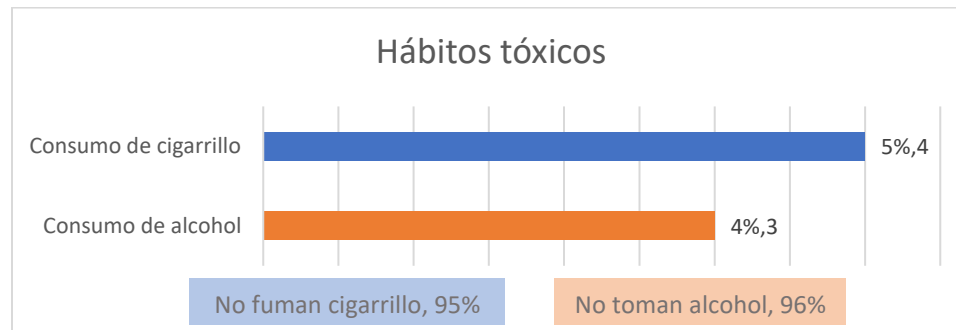
*Nota.* Elaborada por el autor.

Solo un pequeño grupo, el 5% de personas adultas mayores son quienes se contagiaron de COVID, mientras que el 95% no presentó esta enfermedad; así también, se conoce que ningún usuario fue hospitalizado por motivo del COVID-19.

**Figura 9***Vacunación*

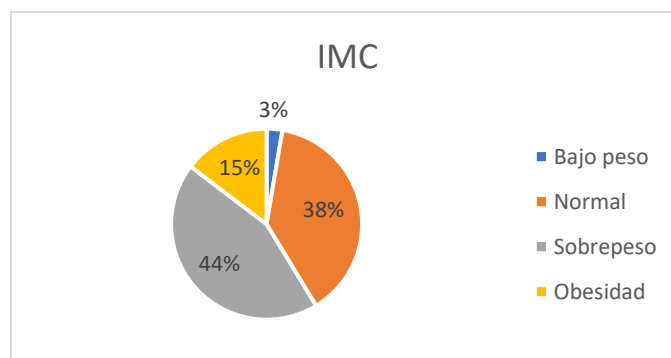
*Nota.* Elaborada por el autor.

En el programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro que está conformado por 75 personas adultas mayores, solo el 20% presentan la vacuna contra el Neumococo, el 77% han sido protegidos contra la Hepatitis B, el 97% se ha inmunizado contra la influenza y el 100% se encuentran vacunados contra el COVID-19, además de que todos han recibido la cuarta dosis.

**Figura 10***Hábitos tóxicos (consumo de alcohol y cigarrillo)*

*Nota.* Elaborada por el autor.

Respecto a los hábitos tóxicos, en el tema de consumo de cigarrillo, el 95% de la población no fuma. Del 5% que lo conforman 4 personas, las que presentan este hábito, 3 fuman entre 1 a 9 unidades diarias, mientras que solo 1 usuario es el que fuma más de 10 unidades diarias. El alcohol también es un hábito tóxico que la mayoría de la población investigada no presenta, ya que el 96% menciona que no toma alcohol y solo el 4%, que son 3 personas lo consumen. Este 4% afirma que consumen alcohol de forma ocasional que son entre 1 o 3 veces al año y ninguna llega a la embriaguez o a emborracharse.

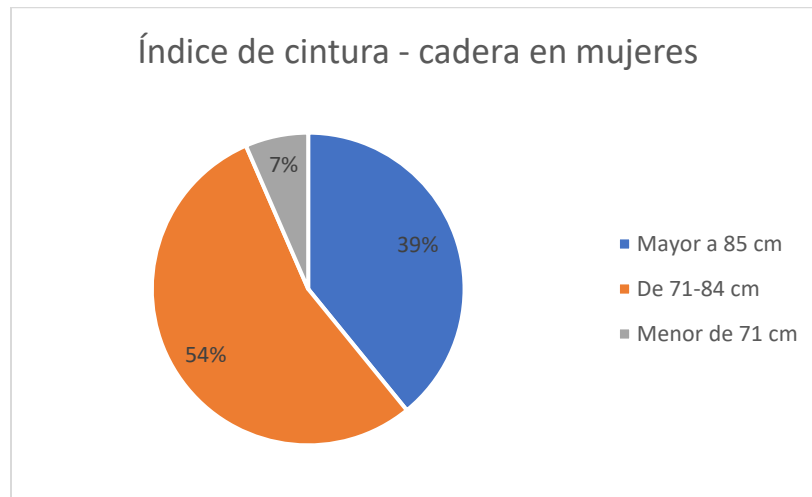
**Figura 11***Índice de Masa Corporal (IMC)*

*Nota.* Elaborada por el autor.

Para poder medir el Índice de Masa Corporal se deben contar con dos datos indispensables, el peso y la talla. Tomando estos datos, se calcula el IMC, y los resultados demuestran que una gran parte de la población que es el 44% tienen un sobrepeso, el 38% presentan un peso normal, el 15% tiene obesidad y solo un 3% tienen bajo peso.

### Figura 12

*Índice de cintura – cadera en mujeres*

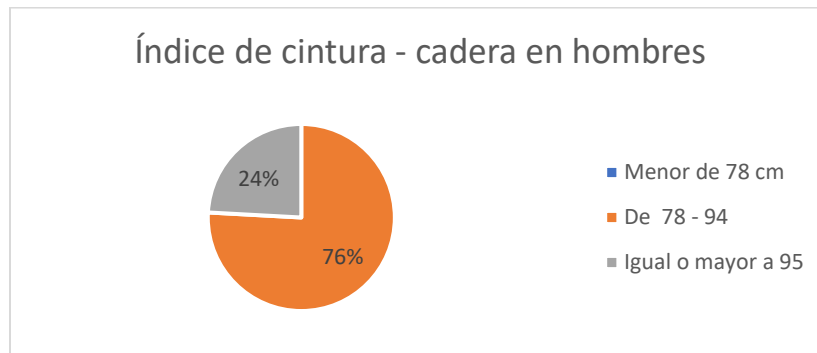


*Nota.* Elaborada por el autor.

El índice cintura – cadera es un indicador antropométrico que se utiliza para comprobar la existencia de malnutrición, lo cual puede generar diversas enfermedades. De las 46 mujeres que se aplicó la evaluación, referente al índice cintura – cadera, son el 7% quienes presentan un rango menor de 71 centímetros, el 54% cuenta con 71 a 84 centímetros de cintura – cadera, y el 39% presenta una circunferencia superior a 85 centímetros, lo que provoca un riesgo alto de padecer enfermedades cardiovasculares.

**Figura 13**

*Índice de cintura – cadera en hombres*

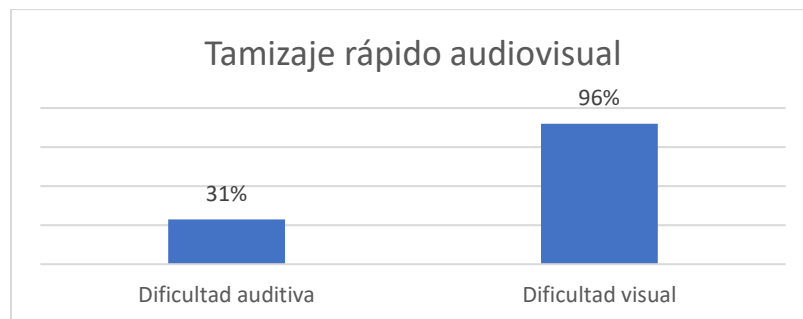


*Nota.* Elaborada por el autor.

Este indicador antropométrico en hombres tiene valores diferentes que el de las mujeres, y dentro de la población masculina evaluada se observa que ningún adulto mayor tiene una medida menor a 78 centímetros, el 76% presenta un riesgo moderado y el 24% ya se considera de alto riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares.

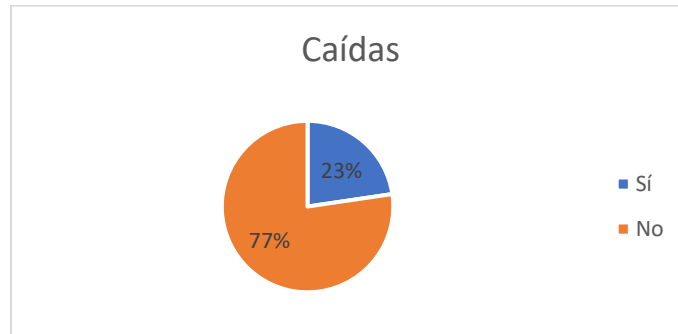
**Figura 14**

*Dificultad auditiva y visual*

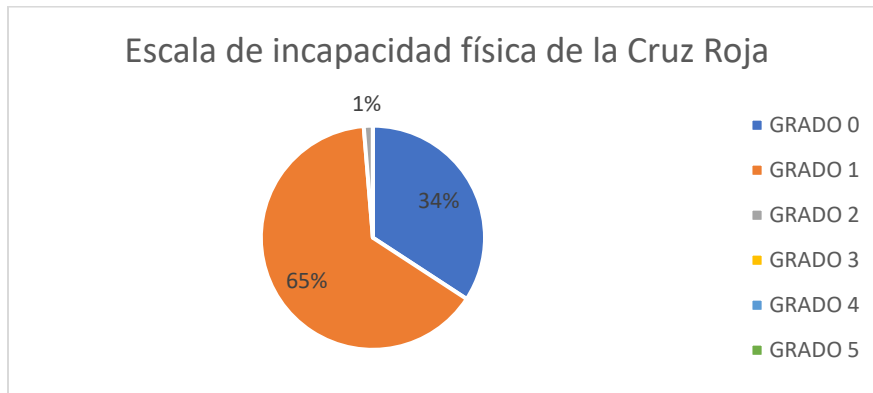


*Nota.* Elaborada por el autor.

Se realizó un tamizaje rápido para conocer si existe dificultades visual y auditiva, y de las 75 personas adultas mayores evaluadas el 96% presentan una dificultad visual, mientras que el 31% una complicación auditiva.

**Figura 15***Caídas en el último año**Nota.* Elaborada por el autor.

El 77% de la población estudiada manifiesta que no han sufrido caídas, mientras que el 23% si menciona la ocurrencia de este hecho durante el último año.

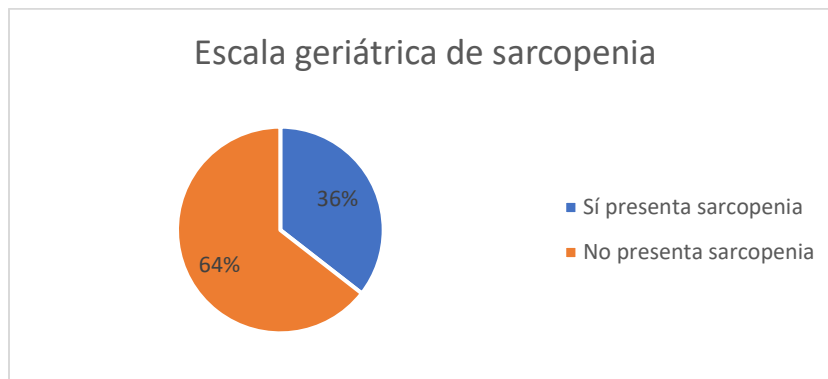
**Esfera funcional****Figura 16***Resultados de la escala de la Cruz Roja**Nota.* Elaborada por el autor.

Dentro de la escala de la Cruz Roja, se observa que solo existen 3 grados. El Grado 0 que es el 34% presentan una independencia total; dentro del Grado 1, que es el 65% de personas adultas mayores, realizan las actividades de la vida diaria como baño diario, uso del baño, comer,

vestirse, arreglarse, micción, deambular, trasladarse, subir y bajar escalones, sumando una continencia total, pero presentan una dificultad en la deambulación; y por último el Grado 2, con el 1%, aquí la persona adulta mayor tiene alguna dificultad o necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, a esto se suma una continencia total o rara incontinencia junto son una deambulación que requiera ayuda de bastón o similar.

### Figura 17

*Resultados de la SARCO-GS*



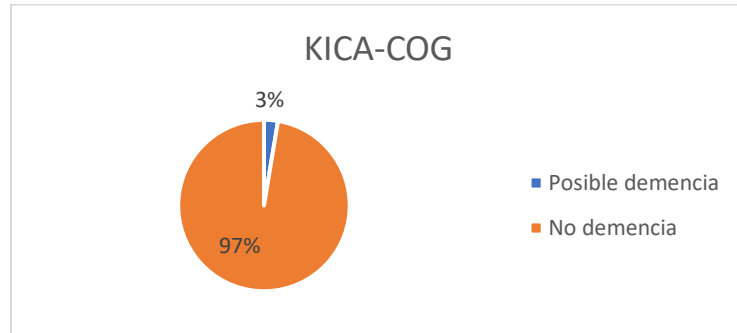
*Nota.* Elaborada por el autor.

La segunda escala comprende la existencia de sarcopenia en las personas adultas mayores que asisten al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro, donde se observa que el 64% de la población no presenta sarcopenia, mientras que el 36% si presenta este malestar. Es importante mencionar que la mayoría de la población, que es el 93% presenta una pantorrilla menor de la medida normal encontrándose en un rango menor o igual a 33 centímetros para mujeres y 34 centímetros para hombres.

## Esfera mental

### Figura 18

*Resultados de la evaluación cognitiva KICA-COG*

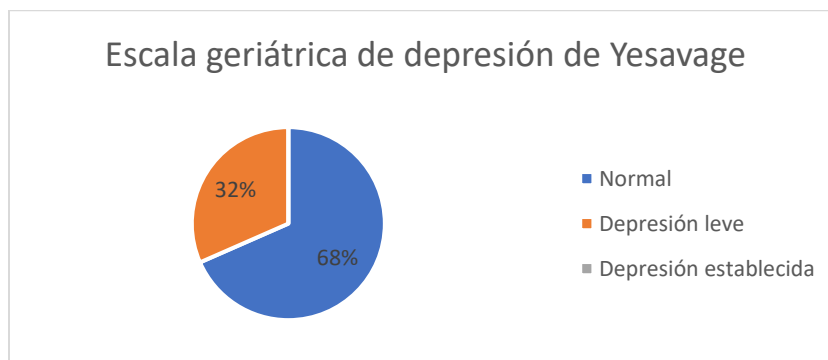


*Nota.* Elaborada por el autor.

Dentro de la evaluación KICA-COG, el 97% de la población no presentan demencia, mientras que el 3% levantan sospechas de tenerla, por lo que es prudente derivar a un especialista para su correcto diagnóstico. La pregunta con mayor dificultad dentro de este test es la de recordar el orden en el que se le mostró los objetos que eran peine, taza y cuchara; también se visualizó problemas en seguir órdenes, al pedirle que cierre los ojos y señale hacia el cielo y el suelo.

### Figura 19

*Valoración mental afectiva con la escala geriátrica de depresión de Yesavage*



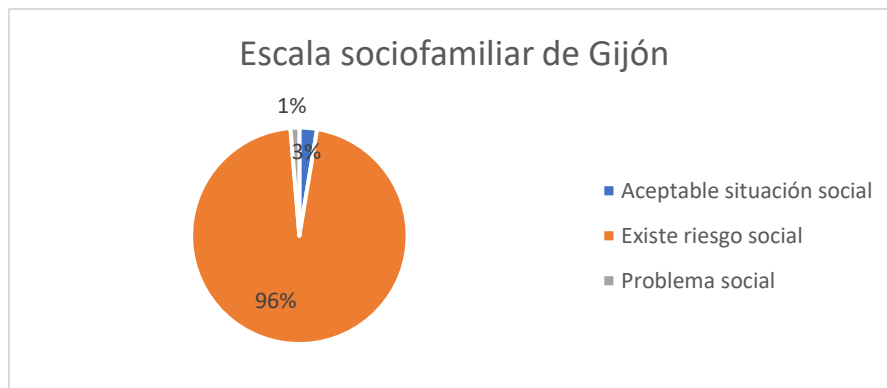
*Nota.* Elaborada por el autor.

La escala de Yesavage permite conocer tres estados emocionales, referente al tema de depresión, de las personas adultas mayores. Se conoce que el 68% no presentan depresión, el 32% manifiestan una depresión leve, y no se presencia la existencia de personas adultas mayores con depresión establecida. El 96% menciona que su mayor afectación consiste en que no se sienten útiles o capaces para realizar cualquier actividad durante la semana, lo cual genere un aumento de la depresión leve.

### **Esfera social**

#### **Figura 20**

*Resultados de la valoración social con la escala sociofamiliar de Gijón*



*Nota.* Elaborada por el autor.

Para poder conocer la existencia de un problema en la esfera social se utiliza la escala sociofamiliar de Gijón, con la cual se concluye que el 3% presenta una situación social aceptable; la mayoría que es el 96%, manifiesta un riesgo social; y por último, un 1% ya presenta un problema social. Al trabajar con una población vulnerable, es importante mencionar que la mayoría no tienen ingresos fijos o una jubilación, por lo que los ingresos del 76% de personas adultas mayores son menores a \$100, el del 23% varía entre \$100 hasta \$225 mensuales, y solo un 2% recibe más de \$675.

## CONCLUSIONES

Las 75 personas adultas mayores que asisten al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro, han manifestado una actitud colaboración con la presente investigación, misma que ha sido de gran ayuda para aplicar una de forma correcta la valoración geriátrica integral tomando en cuenta las esferas clínica, funcional, mental y social.

La esfera clínica menciona diversos aspectos característicos de la población, comenzando por que la mayoría de la población es adulta joven, ya que el 54% manifestó tener entre 65 hasta 74 años de edad, así mismo, está población se conforma por el 61% del sexo femenino y el 39% del masculino. Es importante mencionar que todos los adultos mayores mencionan pertenecer a la provincia del Carchi, dentro del cantón Espejo, pero el 87% reside en el sector rural y el 13% en la parte urbana.

En el tema de escolaridad, es el 28% quienes no pueden leer ni escribir por no haber asistido a la escuela; mientras que del 72% que no son analfabetos, el 54% ha podido asistir a ciertos niveles de educación, pero no terminarlos, por lo que no tienen ningún documento que los certifique, así mismo el mayor grado alcanzado lo conforma el 2%, que es la educación secundaria alta y consiste en terminar 6 años de bachillerato.

Al conocer el estado civil de la población, se conoce que el 58% con casados, el 55% ha tenido entre 1 a 3 hijos vivos y el 60% vive con su pareja, siendo solo un 5% quienes viven con su pareja e hijos. La mayoría de la población, que es el 84%, aun ejercen su profesión viéndose lideradas en un 56% por quienes realizan quehaceres domésticos, seguido del 37% que son jornaleros.

Se conoce que cerca de la mitad de la población no presenta enfermedades, siendo el 52% quienes si presentan diversas patologías. La principal enfermedad que afecta al 49% de la

población son los Trastornos de la tiroides razón por la cual se menciona que la Levotiroxina es el medicamento más consumido; la segunda enfermedad de mayor relevancia es la Hipertensión arterial y la presenta el 44% de la población, está se encuentra controlada por el consumo de medicamentos antihipertensivos.

Referente a la COVID-19, solo un 5% se han contagiado de esta enfermedad pero ninguna persona adulta mayor ha sido hospitalizada por esta razón. Esto también tiene relación con la inmunización, ya que todas las personas adultas han sido vacunadas contra el COVID-19 hasta una cuarta dosis, el 97% está protegido contra la influenza, el 77% poseen la anti hepatitis B y solo un 20% presentan la antineumocócica.

Los hábitos tóxicos son una parte perjudicial en el estado de salud, pero el 95% de la población menciona que no fuma, y quienes lo hacen, son entre 1 a 9 unidades diarias; así mismo el 96% menciona que no toman alcohol y que el 4% que restante firma que lo hace de forma ocasional que son entre 1 o 3 veces al año, claro que sin llegar al punto de emborracharse.

Con los datos antropométricos tomados se concluye que el 44% de la población tiene sobrepeso, el 38% se encuentra en un peso normal, el 15% manifiesta obesidad y un 2% bajo peso. Dentro del índice de cintura – cadera se separan por sexos, donde el 54% de las mujeres presentan un rango normal de cintura – cadera, el 39% supera la normalidad y el 7% está debajo del límite normal, por lo que se puede estar en presencia de una malnutrición; para los hombres, el 76% presentan un rango normal de circunferencia cintura – cadera, y el 24% supera el rango normal, por lo que se asume un riesgo metabólico.

Se realizó un tamizaje rápido en torno a la parte audiovisual, donde el 96% presentó una dificultad visual y el 31% de la población una dificultad auditiva. También se consultó sobre las caídas en el último año, por lo que el 23% menciona que si han pasado por este suceso.

Dentro de la esfera funcional se observan dos resultados, el primero es de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja, donde el 65% de adultos mayores pueden realizar actividades de la vida diaria, no tienen incontinencia, pero presentan cierta dificultad para moverse; la segunda es la SARCO-GS que permite conocer que el 36% presenta sarcopenia.

La escala mental cuenta con dos apreciaciones, la primera se genera al evaluar la parte cognitiva con la KICA-COG, donde se resume que el 3% tiene una posibilidad de presentar demencia; mientras que lo afectivo se valora con la escala de Yesavage, la cual solo muestra dos resultados, donde el 68% no presentan depresión y el 32% manifiestan depresión leve.

Por último se trabaja la esfera social, con ayuda de la escala de Gijón, donde los resultados son preocupantes, ya que solo el 3% comprende una aceptable situación social, mientras que para el 96% existe un riesgo social, y el 1% ya manifiesta un problema social.

## RECOMENDACIONES

Para obtener la colaboración de las 75 personas adultas mayores que asisten al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro es necesario mantener un contacto seguido, generar una relación de confianza e informar adecuadamente a los usuarios sobre lo que se va a realizar en conjunto con las repercusiones en caso de que existieran, ya que al pertenecer al programa algunos temen que al colaborar se va a evaluar su situación económica y se les retirarán los bonos que son su único medio de subsistencia.

Al trabajar con una población tan grande, es necesario invertir más de 4 días en realizar una correcta evaluación, pero también se cuenta con la facilidad de que la población se encuentre en un solo lugar. Es necesario informar a los encargados, cuidadores y adultos mayores sobre los procedimientos que se van a llevar a cabo para la investigación, explicando que no se generará ningún daño físico, emocional y social, además de que no existirán repercusiones sobre los ingresos para su subsistencia.

Para poder realizar la presente investigación es necesario contar con el debido permiso del Gobierno Autónomo Descentralizado (GADP) de San Isidro, ya que este es el encargado de gestionar el programa intergeneracional de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro, es importante tomar en cuenta el tiempo que demora en conseguir el permiso y los cambios de autoridades que se presentan.

Dentro de la población adulta se debe plantear un plan de visitas al centro de salud, ya que es importante mantener un control adecuado sobre las enfermedades que ya presenta esta población, además de detectar de forma temprana diversos factores que podrían empeorar el estado de salud de esta población.

Dentro de este plan también se debe mencionar la nutrición adecuada y realización de actividad física, ya que el 44% de la población presenta sobrepeso y un 15% obesidad; la malnutrición también incluye un bajo peso, pero en el caso de que hagan muchas actividades en sus labores, acompañado de una inadecuada alimentación, permite que las circunferencias de cintura – cadera, pantorrilla y brazo sean menores a los estándares normales, generando preocupación por en torno a la sarcopenia.

Sería adecuado generar una visita de profesionales en oftalmología, para un chequeo de la visión, ya que el 96% de la población presenta dificultades visuales, pero por el mismo hecho de no poseer los recursos económicos suficientes, no se acercan a realizarse un chequeo de los ojos.

El programa de Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro debe continuar con las actividades físicas, terapia ocupacional y psicología, ya que eso mantiene un grado de independencia y autonomía alto en las personas adultas mayores, sería mejor si se complementan con talleres para poder aprender nuevas habilidades como uso de tecnología, taller para conocer la forma correcta de caer, primeros auxilios, entre otros; a esto también es importante realizar actividades lúdicas en conjunto con el barrio, donde la población pueda compartir y socializar con quienes le rodean..

**REFERENCIAS**

- Aldas, C., Chara, N., Guerrero, P., & Flores, R. (2021). Actividad física en el adulto mayor. *Revista Dominio de las Ciencias*, 7(5), 64-77.  
<https://doi.org/http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
- Álvarez, L., Artacho, R., Arteaga, C., Fonseca, D., Sierra, V., & Ruiz, M. D. (2020). Valoración geriátrica integral en una comunidad marginal de Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 37(5), 926-932. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n5/0212-1611-nh-37-5-926.pdf>
- Asamblea Nacional. (9 de Mayo de 2021). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*.  
[https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf)
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Ecuador: LEXIS. [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Ayala, I., & Tituaña, K. (02 de Julio de 2020). *Adaptación sociocultural del índice de Barthel modificado: estudio etnográfico para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso - provincia de Cotopaxi. 2019 - 2020*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18322/TESIS%20IBMae%20AYALA%20TITUA%c3%91A%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bran, J. (2021). Enfoque de la valoración neurogeriátrica integral en el envejecimiento saludable. *Revista Académica CUNZAC*, 4(1), 75-80.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.46780/cunzac.v4i1.35>

Calahorra, M., Domínguez, A., Laguna, P., Tambo, E., Oliver, P., & Figuerola, N. (2021).

Valoración geriátrica integral: una visión global del paciente. Artículo monográfico.

*Revista Sanitaria de Investigación.*

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-geriatrica-integral-una-vision-global-del-paciente-articulo-monografico/>

Carabalí, S. (2020). *Vejez y teorías del envejecimiento*. Editorial Universidad Santiago de Cali.

<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/351/495/7049>

Carrasco, M., & Born, M. (2021). *Manual de geriatría*. Ediciones UC. <https://n9.cl/qe481>

Dornell, T., Mauros, R., & Stemphelet, S. (Abril de 2023). Contribuciones de la Valoración

Social en la valoración geriátrica integral: una mirada gerontológica de los procesos de evaluación de la vejez. *Repositorio Digital UNLaM*. <https://n9.cl/dzvsvg>

Echagüe, G., Sosa, L., Funes, P., Díaz, V., Ferrero, M., Cardozo, O., Florentín, M., Orué, E., &

Franco, R. (2023). Estado de salud y nutrición del adulto mayor que concurre al Hospital Geriátrico del Seguro Social en la Asunción. Paraguay. *Revista Investigación Clínica*, 64(1), 53-67. <https://doi.org/https://doi.org/10.54817/IC.v64n1a05>

Fernández, N., & Urgiles, S. (2023). Calidad de vida en adultos mayores de una parroquia rural de Ecuador durante la pandemia COVID-19. *Revista Conrado*, 19(1), 155-165.

<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/3114/2983>

Forttes, P. (2020). *Enjecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador*. Banco Interamericano

de Desarrollo. <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>

Gobierno de la República del Ecuador. (2023). *Estado de Salud*. Secretaría Técnica Ecuador

Crece Sin Desnutrición Infantil: <https://www.infancia.gob.ec/estado-de-salud/>

González, C., & Ham, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Revista Salud Pública de México*, 49(4), 448-458.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>

Gordillo, S., & Peralta, V. (11 de Noviembre de 2021). *Calidad de vida relacionada con las actividades de vida diaria del adulto mayor. Riobamba, 2018-2019*. Universidad

Nacional de Chimborazo: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8250/1/5.->

TEIS%20Samy%20Carolina%20Gordillo%20Erazo%20y%20Veronica%20Vanesa%20Peralta-MED.pdf

Hurtado, D., Losardo, R., & Bianchi, R. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25. [https://www.ama-](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2147/Rev-1-2021_pag-18-25_Losardo.pdf)

[med.org.ar/uploads\\_archivos/2147/Rev-1-2021\\_pag-18-25\\_Losardo.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2147/Rev-1-2021_pag-18-25_Losardo.pdf)

Jiménez, J., Ochoa, P., Hall, J., & Villareal, M. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y*

*recreación*(41), 480-484. <https://doi.org/https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>

Lally, M., & Valentine, S. (2023). *Lifespan development a psychological perspective*.

LibreTexts. LibreTexts:

[https://espanol.libretexts.org/Ciencias\\_Sociales/Desarrollo\\_Humano/Libro%3A\\_Desarrollo\\_de\\_la\\_vida\\_util\\_-\\_Una\\_perspectiva\\_psicologica\\_\(Lally\\_y\\_Valentine-French\)/09%3A\\_Edad\\_Adulta\\_Tard%C3%ADa/9.03%3A\\_Categor%C3%ADas\\_de\\_edad\\_en\\_la\\_edad\\_adulta\\_tard%C3%ADa](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Desarrollo_Humano/Libro%3A_Desarrollo_de_la_vida_util_-_Una_perspectiva_psicologica_(Lally_y_Valentine-French)/09%3A_Edad_Adulta_Tard%C3%ADa/9.03%3A_Categor%C3%ADas_de_edad_en_la_edad_adulta_tard%C3%ADa)

LoGiudice, D., Strivens, E., Smith, K., Stevenson, M., Atkinson, D., Dwyer, A., Lautenschlager, N., Almeida, O., & Flicker, L. (2011). The KICA Screen: The psychometric properties of

- a shortened version of the KICA (Kimberley Indigenous Cognitive Assessment). *WILEY*, 30(4), 215-219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00486.x>
- Martín, J., & Bermejo, C. (2022). EDEN: una oportunidad para conocer y mejorar la atención integral de las personas mayores en los servicios de urgencias españoles. *Revista Emergencias*, 34(6), 409-410.  
[https://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2022\\_34\\_6\\_409-410.pdf](https://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2022_34_6_409-410.pdf)
- MSP. (2022). *Plan Decenal de Salud 2022-2031*. Ministerio de Salud Pública.  
[https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan\\_decenal\\_Salud\\_2022\\_ejecutivo.18.OK\\_.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf)
- Noa, B., Coll, J., & Echemendia, A. (2021). La actividad física en el adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista PODIUM*, 16(1), 308-322.  
<https://doi.org/http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/929>
- OMS. (7 de Abril de 1948). *Organización Mundial de la Salud*. ¿Cómo define la OMS la salud?: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- OMS. (1 de Octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OPS. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Pérez, F., & Orellana, M. (2020). *Nutrición clínica geriátrica*. Digital del Tecnológico de Monterrey. <https://n9.cl/bwayp>

- Preciado, C., Galvis, S., Sánchez, J., & Solarte, W. (2022). Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Atención Familiar*, 29(2), 126-129.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2022/af222j.pdf>
- Robles, M., Miralles, R., Llorach, I., & Cervera, A. (2011). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En SEGG, *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 25-32).  
[https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2001\\_i.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2001_i.pdf)
- Rodríguez, M., Lozada, I., Moreno, N., Vargas, D., Nieto, C., Picón, Y., & Suarez, A. (2022). Prevalencia de sarcopenia en adultos mayores de dos hogares geriátricos de Pereira, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 266-272.  
<https://doi.org/https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/4358>
- Ron, P. (18 de Octubre de 2020). *Correlación del deterioro cognitivo con la funcionalidad en adultos mayores*. Universidad de Guayaquil:  
<https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b66e840c-4e66-4aec-9e57-35e42aa734a2/content>
- Rosas, O., Omaña, I., García, A., & Luna, A. (2023). Desarrollo y validación de una Escala Geriátrica de Sarcopenia (SARCO-GS): una nueva escala corta para el cribado de sarcopenia. *Frontiers in Endocrinology*, 01-13.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1192236>
- Salvador, A. (01 de Abril de 2021). *Calidad de vida y depresión en los adultos mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela*. Universidad Técnica de Ambato:  
[https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32830/3/23.\\_salvador\\_aguilar\\_andrea\\_daniela%20%282%29.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32830/3/23._salvador_aguilar_andrea_daniela%20%282%29.pdf)

Sánchez, E., Montero, B., & Cruz, A. (2020). Actualización en valoración geriátrica integral.

*ANALES RANM*, 1(137), 77-82. <https://n9.cl/ibq0g>

Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano.

*Galicia clínica*, 72(1), 11-16. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4098178.pdf>

UN. (2022). *Derechos humanos*. Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/global-issues/human-rights>

Vázquez, M. (12 de Octubre de 2021). *Factores protectores y de riesgo en el uso de redes sociales en adolescentes*. Universidad del Azuay:

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11212/1/16749.pdf>

Verduzco, H., Navarrete, A., Negrete, J., & Soto, E. (2023). Cáncer en el adulto mayor en

Latinoamérica: cooperación interdisciplinaria entre oncología y geriatría. *Revista de*

*Salud Pública*, 22(3), 337-345. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n3/337-345/es/#>

Wanden, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic*, 5(2), 115-124.

<https://scielo.isciii.es/pdf/had/v5n2/2530-5115-had-5-02-115.pdf>







Nombres	NOV 2023																															Total			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A:	F:		
N D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
N H	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P 10	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
B 10	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
T Y	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P M	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P R	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
Q U	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
Q D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
Y D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
R E	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
P D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4
R A	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4

Nombres	NOV 2023																															Total				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A:	F:			
R D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
R D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
O S	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
R C	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
P D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
R H	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
S G	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
S	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
T D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
T N	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
T 10	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																				6	4	
P D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																					6	4
V D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																					6	4
V F	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																					6	4
M D	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																					6	4

Nombres	NOV 2023																															Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A:	F:	
[Redacted]	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																			6	4
[Redacted]	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																			6	4
[Redacted]	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																			6	4
[Redacted]	F			A	A	A	F	F			A	A	A	F																			6	4
Total Usuarios: 75	A:	0		75	75	75	0	0			75	75	75	0																			450	
	F:	75		0	0	0	75	75			0	0	0	75																				300

Firmas de Responsabilidad:

\_\_\_\_\_  
Coordinador Unidad Atención

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

## Anexo 2

## Carta de aceptación del GADP


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

**IBARRA**

**PUCE - TEC**

Ibarra, 14 de diciembre del 2023  
 Of. 382 - PUCESI TEC

Ingeniero  
 Luis Arturo Ponce Vaca  
**PRESIDENTE DEL GADP SAN ISIDRO**  
 Presente. -

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

En miras de la colaboración interinstitucional y la mejora del trabajo en nuestra comunidad en temas de salud, me permito solicitarle de la manera más comedida, se facilite el acceso y la entrega de información a la Sra. **GUAMA RODRÍGUEZ LILIA ESPERANZA** con número de identidad **0400905667**, estudiante del cuarto nivel de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores, quien se encuentra desarrollando su proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado: "Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de los Espacios de Socialización y Encuentro, San Isidro – Espejo".

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

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

Atentamente,



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



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


Se autoriza a la información

  
 14/12/2023



## Anexo 3

*Formato de consentimiento informado*



Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ibarra

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

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**  
"Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de los Espacios de Socialización y Encuentro, San Isidro – Espejo"

**NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Guamá Rodríguez Lilia Esperanza

**NOMBRE DEL PATROCINADOR:** PUCETEC Ibarra

**NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:** Espacios de Socialización y Encuentro de San Isidro

**INTRODUCCIÓN:** El aumento de la población de adultos mayores y su mayor demanda de atención en salud en el Ecuador, requiere de una valoración geriátrica integral que permita evaluar las esferas clínica, funcional, mental y social las cuales ayudan a conocer el estado de salud que presentan las personas adultas mayores.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

- El principal objetivo de la presente investigación es describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la aplicación de las cuatro esferas de valoración geriátrica integral en los Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia San Isidro durante el periodo octubre 2023 hasta febrero 2024.
- Esta es una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, con enfoque cuantitativo, de campo y no experimental; donde la principal técnica e instrumento es la entrevista a la población objetivo, esto se realiza al aplicar diversas escalas, índices y test para medir los diversos componentes relacionados al estado de salud de una persona adulta mayor.
- La población para la presente investigación se compone de las 75 personas adultas mayores que asisten al programa de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia San Isidro durante el año 2024. La muestra se ha definido con la aplicación de ciertos criterios para la participación en la investigación.
- Criterios de inclusión:
  - Personas adultas mayores desde los 65 años de edad en adelante.
  - Personas Adultas Mayores que se encuentran inscritas en el Proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia de San Isidro.
- Criterios de exclusión:
  - No ser una persona adulta mayor.
  - No estar inscrito en el Proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro de la Parroquia de San Isidro.
- Criterios de eliminación:
  - No desear participar voluntariamente en la investigación.
  - No firmar el consentimiento informado.

**PROCEDIMIENTOS:**

- Se plantea el uso de una ficha clínica modificada para evaluar la esfera clínica.
- Se usan dos instrumentos para conocer la esfera funcional de la población, estos son la Escala de incapacidad de la Cruz Roja y la Escala geriátrica de sarcopenia.

1



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ibarra

- Para conocer la afectación de la esfera social, se utiliza Escala sociofamiliar de Gijón.
- Referente a lo mental, se evalúan dos aspectos, la parte cognitiva con el KIKI-COG y la parte afectiva con la Escala geriátrica de depresión de Yesavage.
- El procedimiento consiste en aplicar las diversas escalas en un tiempo determinado de 1 hora, donde se tomarán algunas fotografías para evidenciar el trabajo realizado, además en estas no se compartirá el rostro de la persona adulta mayor por temas de protección de integridad

#### **RIESGOS Y BENEFICIOS:**

- Beneficios:
  - Detección temprana de problemas de salud.
  - Evaluación exhaustiva de la capacidad funcional.
  - Identificación de riesgos de caídas.
  - Abordar aspectos emocionales.
  - Abordar aspectos sociales.
  - Abordar aspectos mentales.
- Riesgos:
  - Estrés emocional.
  - Descubrir condiciones de salud preocupantes.
  - Riesgo de que la valoración no sea completamente precisa o exhaustiva.

#### **COSTOS Y COMPENSACIÓN:**

El evaluador cubre los costos realizados en la investigación; y el formar parte de la presente investigación no implica una compensación económica para los participantes.

#### **CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:**

La información registrada será confidencial, y los nombres de los participantes no serán tomados en cuenta para presentar en la investigación, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

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

Se ofrece una participación totalmente voluntaria, así mismo, se permite negarse o retirarse en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para el participante.

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Guamá Esperanza, Estudiante de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Ibarra, [leguama@pucesi.edu.ec](mailto:leguama@pucesi.edu.ec), 0960758897

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

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y no sin sufrir ningún perjuicio en relación con la atención médica o su participación en investigaciones futuras.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado "Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de los Espacios de Socialización y Encuentro, San Isidro – Espejo".



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ibarra

### A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo otorgo mi consentimiento para cumplir los objetivos en el proyecto

<b>Firma o huella del sujeto de investigación</b>
<b>PAIS:</b>
<b>Cédula:</b>

<b>Firma del investigador</b>
<b>Investigador:</b> Guami Rodríguez Lilla Esperanza
<b>Cédula:</b> 0400905667

### B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

A pesar de que ya he aceptado previamente la participación en la investigación en mención, yo revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado, sin que esto ocasione alguna penalidad.

<b>Firma o huella del sujeto de investigación</b>
<b>PAIS:</b>
<b>Cédula:</b>

<b>Firma del investigador</b>
<b>Investigador:</b> Guami Rodríguez Lilla Esperanza
<b>Cédula:</b> 0400905667

**Anexo 4**

*Explicación sobre la aplicación de valoración geriátrica integral a la población adulta mayor*



**Anexo 5**

*Toma de circunferencia de cintura - cadera*



**Anexo 6**

*Toma de altura para cálculo de IMC*



**Anexo 7**

*Toma de peso para cálculo de IMC*

