



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**Unidad Académica de Formación Técnica y Tecnológica – PUCE TEC**

**IMPACTO DEL SÍNDROME DE GOLONDRINA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN  
LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE JOYOCOTO  
PERTENECIENTE AL CANTÓN GUARANDA**

**Proyecto de titulación previo a la obtención del título de:**

**Tecnóloga en Atención Integral al Adulto Mayor**

**Autor: Dyana Stefanía Rodríguez Romero**

**Tutor: Dra. Angélica Martínez**

**Quito, Ecuador**

**2025**

**Dedicatoria**

Quiero dar gracias a Dios por ser mi guía en todo momento, mi fortaleza cuando me sentí débil y la luz que me acompañó en cada paso de este largo camino de estudio.

Quiero también agradecer profundamente a mi esposo, por su amor incondicional, su paciencia y por creer en mí. Sin duda, su apoyo ha sido clave en este proceso he podido sentir siempre su apoyo y ayuda.

Por último, quiero agradecer a mis hijos, quienes han sido el motor que me impulsó a seguir adelante. Gracias por sus abrazos, sus palabras y por llenarme de motivos para no rendirme. Sin el apoyo de toda mi familia no podría haber alcanzado esta importante meta.

## Índice

### Contenido

Dedicatoria .....	2
Índice .....	3
Lista de tablas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Lista de figuras .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Declaración y Autorización.....	6
Agradecimientos .....	7
Introducción .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo I.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo II .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Pregunta de investigación .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Sistematización del problema .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo III.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Objetivo general .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Objetivos específicos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Justificación.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
METODOLOGÍA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tipo de investigación .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

Enfoque de investigación .....	¡Error! Marcador no definido.
Técnicas de investigación .....	¡Error! Marcador no definido.
Herramientas de investigación .....	¡Error! Marcador no definido.
Capítulo III .....	¡Error! Marcador no definido.
Marco Teórico .....	¡Error! Marcador no definido.
¿Qué es el envejecimiento? .....	¡Error! Marcador no definido.
Envejecimiento en poblaciones indígenas .....	¡Error! Marcador no definido.
Definición de síndrome de golondrina .....	¡Error! Marcador no definido.
Conflictos entre familiares de los “abuelos golondrina” ..	¡Error! Marcador no definido.
Estado de ánimo y salud mental en el adulto mayor .....	¡Error! Marcador no definido.
Consecuencias del Síndrome de Golondrina en las relaciones familiares;	¡Error! Marcador no definido.
<b>no definido.</b>	
Impactos en la persona mayor .....	¡Error! Marcador no definido.
Repercusiones en la dinámica familiar .....	¡Error! Marcador no definido.
Calidad de vida en el adulto mayor .....	¡Error! Marcador no definido.
Calidad de vida de las personas adultas mayores con síndrome de golondrina .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>Marcador no definido.</b>	
Escala de valoración geriátrica .....	¡Error! Marcador no definido.
Índice de Katz .....	¡Error! Marcador no definido.
Índice de Barthel .....	¡Error! Marcador no definido.

Escala de la Cruz Roja Española..... **¡Error! Marcador no definido.**

Factores psicosociales asociados al síndrome de golondrina;**¡Error! Marcador no definido.**

El rol de la familia en prevención del síndrome de golondrina;**¡Error! Marcador no definido.**

El síndrome de golondrina y su influencia en la salud mental de los adultos mayores;**¡Error! Marcador no definido.**

Soluciones para cuidado de los adultos mayores y evitar el síndrome de golondrina .**¡Error! Marcador no definido.**

### **Declaración y Autorización**

Yo, DYANA STEFANÍA RODRÍGUEZ ROMERO CON C.I. 0201827268 autora del trabajo de titulación Impacto del Síndrome de Golondrina en la Calidad de Vida de las Personas Adultas Mayores de la comunidad de Joyocoto, perteneciente al cantón Guaranda; previa a la obtención del título de **Tecnología en Atención Integral al Adulto Mayor** en la Unidad Académica de Formación Técnica y Tecnológica PUCE TEC:

Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de titulación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

DYANA STEFANÍA RODRÍGUEZ ROMERO

C.I. 0201827268

## **Agradecimientos**

Agradezco profundamente a todos los docentes que formaron parte de mi proceso de formación en la Tecnología de Atención Integral al Adulto Mayor. Gracias por compartir sus conocimientos, su experiencia y dedicación, que han sido fundamentales para mi crecimiento académico profesional y personal.

A mi familia, por ser mi pilar incondicional. A mi esposo, por su apoyo constante, su paciencia y su amor. A mis dos hijos, por ser mi mayor motivación y razón para seguir adelante. Sin ustedes, este logro no sería posible.

Gracias por caminar conmigo en este importante trayecto de mi vida.

## **Introducción**

En la comunidad de Joyocoto perteneciente al cantón Guaranda existe una población de más o menos de 100 adultos mayores de los cuales 40 individuos en edad avanzada, están siendo atendidos por una promotora social del programa Envejeciendo Juntos del Ministerio de Inclusión Económica y Social, la misma que viene ejecutando visitas domiciliarias que consisten en dar apoyo emocional psicológico y social como también fortalecer actividades físicas y cognitivas que promueven un nivel de vida pleno, saludable y equilibrado, a fin de fortalecer el programa que se viene ejecutando por el Ministerio antes mencionado y en base a los datos que posee es necesario abordar la problemática del Impacto del síndrome de golondrina en el bienestar integral, y las consecuencias psicosociales y de salud en la población en etapa de vejez de la comunidad de Joyocoto.

El índice de paciente geriátricos que no viven con compañía en sectores tanto rurales como urbanos es bastante alto por ellos debo mencionar que en Joyocoto, la mayoría de adulto en vejez viven solos y por ende cuando ya presentan algún tipo de enfermedad los hijos toman la decisión de turnarse en el cuidado por un tiempo corto, tanto por razones culturales como económicas. Esto lleva a que los adultos mayores por razones culturales y económicas sientan tristeza, abandono, depresión y ansiedad debido a la falta de compañía y apoyo emocional de sus seres queridos.

En este sentido, el transcurso del tiempo se refleja en la incidencia de afecciones graves que impactan la calidad de vida, independencia y realización de actividades habituales tiene mayor probabilidad en los adultos mayores. De estas situaciones surgen limitaciones en este grupo etario, pues mientras más se debilitan sus capacidades funcionales, desarrollan más dependencia de sus familiares.

A pesar de lo anterior, es común que los integrantes de las familias con adultos mayores enfrenten retos en el cuidado del paciente sobre todo al momento de distribuir responsabilidades de manera equitativa entre cada uno de los miembros por lo que surge el denominado síndrome de la golondrina. Además, no solo el paciente sufre las consecuencias de los cambios bruscos en sus hábitos de convivencias, pues en caso de tener pareja esta también debe adaptarse a su realidad. En este proceso, el adulto mayor deja atrás su vivienda, su comunidad y también sus vínculos sociales. Es atendido por distintos cuidadores, y aunque en ocasiones es recibido con afecto, otro integrante familiar que resultado afectado por sobrecarga de responsabilidades es una mujer de la familia, sea hija o nuera, que ya combina responsabilidades dentro y fuera del hogar. A esta situación se suma que no todos los hijos se hacen responsables de sus tareas, lo que termina generando tensiones y reproches familiares.

Es importante poner en contexto que de acuerdo con las cifras del INEC, se ha identificado que un grupo minoritario del 0.6% de adultos mayores se ven implicado en cambios frecuentes de domicilio, mientras que solo el 2.8% se dirige de un domicilio a otro con motivos concretos como fechas especiales o días festivos.

## **Capítulo I**

### **Planteamiento del Problema**

El síndrome de golondrina es un fenómeno social que afecta a las personas adultas mayores, principalmente en zonas rurales, cuando sus familiares migran por motivos laborales y los dejan solo durante largos períodos. Esta situación genera sentimiento de abandono, tristeza, depresión en la población geriátrica sentimientos, que afecta significativamente en su estado general.

En este sentido, cuando una persona mayor adquiere limitaciones en sus capacidades y habilidades para vivir de manera independiente, en muchas de las ocasiones surge las necesidades de repartirse responsabilidades entre los hijos, lo cual resulta en un patrón de cambio de domicilio en intervalos acordados. Así pues, el paciente geriátrico se anciano, por sus propias limitaciones, no tiene más opción que adaptarse a esta realidad en donde debe pasar de un hogar a otro, ya sea solo o con su pareja. En consecuencia, debe dejar su casa, su barrio y sus actividades cotidianas, transformándose en un viajero forzado que intenta adaptarse, con esfuerzo y a menudo con tristeza, a las rutinas y costumbres de cada familia a la que llega. En la comunidad de Joyocoto, perteneciente a la parroquia Chávez del cantón Guaranda, se ha observado un aumento de casos en los que los adultos mayores viven en soledad, sin apoyo emocional, afectivo ni físico. Esta realidad limita su acceso a cuidados básicos, incrementan los riesgos de enfermedades y deteriora su salud psicosocial.

A pesar de la importancia de tema, en esta comunidad no se han realizado estudios que visibilicen el impacto real del síndrome de golondrina en la plenitud y bienestar de este grupo etario, ni se han implementado estrategias efectivas de apoyo familiar y comunitario.

## **Capítulo II**

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo impacta el síndrome de golondrina en nivel de bienestar del adulto en envejecimiento de la comunidad de Joyocoto, del cantón Guaranda?

### ***Sistematización del problema***

¿Qué factores familiares y sociales influyen en la presencia del síndrome de golondrina en personas mayores de la comunidad de Joyocoto?

¿Cuáles son las principales consecuencias psicosociales y de salud asociadas al síndrome de golondrina en los individuos de la tercera edad?

¿Qué estrategias podrían implementarse para contribuir en un adecuado nivel de bienestar en este grupo etario afectado por síndrome de golondrina en Joyocoto?

### **Capítulo III**

#### **Objetivo general**

Determinar el impacto del síndrome de golondrina en el bienestar integral en la población geriátrica de la comunidad de Joyocoto del cantón Guaranda en el período de marzo a mayo de 2025.

#### **Objetivos específicos**

Identificar los cambios de salud y las variantes psicosociales del síndrome de golondrina en los adultos mayores.

Resumir las principales consecuencias psicosociales y de salud asociadas al síndrome de golondrina de la población en etapa de vejez de esta comunidad.

Plantear una estrategia para optimizar la situación de vida de la población en envejecimiento afectados por el síndrome de golondrina en Joyocoto.

#### **Justificación**

El fenómeno del síndrome de golondrina es caracterizado por el abandono temporal o permanente de los hijos que migran y retornan solo en fechas específicas como carnavales o fiestas patronales, olvidando a la población en etapa de vejez expuestas a la soledad en sus hogares, desamparo afectivo y fragilidad social.

El abandono no solo implica una ausencia física, sino también una desconexión emocional y afectiva, aumentando las cifras de abandono, ansiedad y tristeza dentro de este grupo etario. La escasez de herramientas, recursos y servicios de apoyo especiales en áreas rurales como Joyocoto, limitando el acceso de todos los individuos a un sistema de atención completo e integral con cuidados especializados lo cual constituye un factor agravante.

Es así como Joyocoto una comunidad rural, vive de cerca esta realidad, en este contexto en fundamental comprende como esta problemática influyendo en el bienestar integral de aquellos que están en esta fase vital, tanto a nivel físico como emocional y psicológico, es esencial. Asimismo, este trabajo se desarrolló con el objetivo de concientizar a los familiares y a la sociedad acerca de lo importante que es el acompañamiento y el respeto hacia los ancianos.

El estudio de dicho fenómeno de interés para esta investigación hace posible hace que sea más fácil apreciar una realidad que la sociedad suele normalizar o ignorar. En razón de todo lo expuesto, este estudio se llevó a cabo para examinar las consecuencias del síndrome en el diario vivir del paciente, así como el planteamiento de sugerencias enfocadas en su atención integral que aborde aspectos emocionales, de acompañamiento y reintegración a la familia. Además, este proyecto investigativo podría constituir una base para futuras intervenciones de entidades públicas y privadas, promoviendo el respeto, la dignidad y el derecho a envejecer con bienestar.

De igual manera, al incluir factores relacionados con la vida familiar, el entorno colectivo y la sociedad que le rodea, esto con el fin de, contribuir con el fortalecimiento de la responsabilidad compartida y se sensibiliza sobre la importancia de establecer vínculos intergeneracionales más fuertes y empáticos. El saber producido a partir de esta indagación podría incentivar la creación de programas de visitas domiciliarias, estrategias de intervención social y redes comunitarias que

brinden apoyo, además de la ejecución de acciones que contribuyan al desarrollo integral y complementario de personas vulnerables.

## **METODOLOGÍA**

### ***Tipo de investigación***

El actual estudio se ubica dentro del tipo experimental, porque busca analizar de qué manera el llamado síndrome de golondrina impacta en las condiciones de vida en personas de edad avanzada. Para esto se toman en cuenta ciertos cambios en variables antes y luego de una posible intervención, o también a través de la relación que puede tener con factores psicosociales concretos. De forma complementaria, se emplea un diseño descriptivo, para retratar la realidad actual de este grupo etario en la comunidad de Joyocoto, identificando sus condiciones de vida, así como los elementos sociales y familiares que inciden en esta problemática y sus efectos. Igualmente, este trabajo dentro de su tipología se clasifica como una investigación de campo, pues la recuperación de información se realizará directamente en el lugar de los hechos donde ocurre la situación de interés. Esto permite tener una interacción directa tanto en los individuos de la tercera edad, así como también con las personas del entorno más cercano que están implicados

### ***Enfoque investigativo***

Este trabajo académico según el enfoque es de naturaleza cuantitativa, pues los datos son principalmente numéricos, comprobables y comparables. Pues dada su naturaleza este tipo de datos permiten analizar e interpretar sucesos mediante la identificación patrones y tendencias, correlaciones y niveles de incidencia del síndrome de la golondrina en el nivel de vida de este grupo etario. Partiendo de este enfoque investigativo será posible el desarrollo de un análisis estadístico que permite complementar la comprensión del estudio de un enfoque numérico.

### ***Técnicas de investigación***

Las técnicas investigativas que facilitaron la investigación son:

Encuesta estructurada: dirigida a este grupo etario de la comunidad de Joyocoto, con el fin de recabar datos cuantificables sobre aspectos funcionales, emocionales, sociales y físicos que permitan establecer el grado de afectación relacionada con el síndrome de golondrina.

Observación directa: se aplicará durante las visitas domiciliarias para registrar condiciones del entorno, rutinas del adulto mayor, interacción familiar y aspectos relacionados con su nivel de autonomía o dependencia.

Entrevistas semiestructuradas (complementarias): aplicadas a cuidadores, familiares o actores comunitarios como la promotora social del MIES, con el propósito de triangular la información desde distintas perspectivas.

### ***Herramientas de investigación***

Las herramientas utilizadas en el estudio incluyen:

Cuestionario de calidad de vida: diseñado con base en indicadores de bienestar mental, adaptado al contexto rural de la comunidad mediante un cuestionario pequeño del estado mental de Folstein.

Escalas de valoración geriátrica: mediante el denominado “Índice de Barthel” y la “Escala de Brawton y Brody”, que permitirán valorar el nivel de funcionalidad y autonomía del adulto mayor.

Escala GDS: Llamada como “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” para evaluación del estado actual de aspectos emocionales de los participantes, identificando síntomas de tristeza, ansiedad o depresión relacionados con su situación de movilidad y cuidado familiar.

Guía de observación estructurada: utilizada para documentar aspectos del entorno físico, condiciones de habitabilidad, apoyo familiar y signos visibles de abandono o fragilidad.

Software de análisis estadístico (SPSS o Excel): para el procesamiento de datos, mediante análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes) y, si procede, análisis comparativos entre variables.

### ***Población***

La población de la investigación correspondió a un total 42 personas adultas mayores pertenecientes a la comunidad de Joyocoto, cantón Guaranda. Este grupo se caracteriza por tener una distribución equitativa entre los géneros.

*Tabla 1: Población objetivo*

<b>Rango de edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
65 - 70 años	2	4
71 - 80 años	11	15
81 - 90 años	5	2
91 años en adelante	2	1
<b>Total</b>	20	22

La delimitación de esta población responde a la necesidad de contar con una muestra accesible, representativa y directamente vinculada con la problemática a estudiar. Al trabajar con el total de los adultos mayores identificados, se asegura un abordaje integral que evita sesgos y fortalece la validez de los hallazgos. Además, esta delimitación permite establecer líneas de acción específicas para el diseño de intervenciones comunitarias, considerando tanto la dimensión social como las condiciones de salud y dependencia funcional de los participantes.

## Capítulo III

### Marco Teórico

#### *¿Qué es el envejecimiento?*

Como definición, envejecer es llegar a una etapa de la vida donde empiezan a deteriorarse las habilidades del cuerpo humano, considerando el desgaste de los tejidos. Este proceso está definido en cada persona dependiendo las inversiones metabólicas que haya realizado el cuerpo a lo largo de la vida (1).

El envejecimiento es sinónimo de cambios físicos importantes que, por lo general son desagradables como: menor precisión en actividades de coordinación y esto se deriva de la pérdida del dominio del cuerpo, realizar más esfuerzo en acciones que se ejecutaban con normalidad. Todo esto puede provocar alteraciones en la salud de las personas (2)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida de la población es superior a los 60 años. Por esta razón, la población a nivel mundial ha sufrido un incremento de personas mayores (3)

Las estadísticas de la OMS anticipan que, para 2030 la población con edad mayor a 60 años será de 1 entre cada 6 personas, lo que representa 1000 millones de personas; y, para el año 2050 la población será de 2100 millones de personas y específicamente la población con edad mayor a 80 años puede alcanzar los 426 millones (3)

La transformación demográfica hacia una población con mayor proporción de personas adultas mayores, conocida como envejecimiento poblacional, tuvo sus primeras manifestaciones en naciones con altos ingresos —como es el caso de Japón, donde aproximadamente el 30 % de sus habitantes superan los 60 años de edad—. No obstante, en la actualidad, este fenómeno se está

desarrollando con mayor intensidad en países de ingresos bajos y medios. Se estima que, para el año 2050, cerca de dos tercios de la población mundial mayor de 60 años residirá en este grupo de países (3).

Partiendo de una mirada de los aspectos biológicos, el envejecimiento constituye un proceso natural que se presenta como el deterioro progresivo a nivel celular y molecular en diferentes partes del organismo debido al progreso de los años. Dicho proceso se refleja con evidentes signos que limitan la calidad de vida del adulto mayor, tales como pérdida paulatina de las capacidades física y cognitivas, que se agrava hasta marcar el desenlace natural. Cabe destacar que dichos cambios no se presentan de manera uniforme ni siguen una evolución lineal, por lo que la relación entre la edad cronológica y el deterioro funcional resulta ser relativa. Además, la diversidad observada en la etapa de la vejez no se debe a la casualidad, sino que está influenciada por múltiples factores. Paralelamente a las alteraciones biológicas, el envejecimiento se asocia comúnmente con otras transiciones significativas, tales como la jubilación, la mudanza a residencias más adecuadas y la pérdida de amistades y parejas (3).

### ***Envejecimiento en poblaciones indígenas***

De acuerdo con National Library of Medicine, para entender el envejecimiento en sectores indígenas, se propone un estudio cualitativo guiado por el enfoque del interaccionismo simbólico. Participaron seis personas mayores de 60 años pertenecientes a las comunidades mencionadas, quienes fueron entrevistadas en profundidad. Para la fase de procesamiento de datos se plantearon tres acciones claves, correspondientes al descubrimiento, codificación y contextualización. Los hallazgos revelan que, para estas comunidades, la vejez es sinónimo de sabiduría, expresada en frases como “soy sabio”, la cual se fundamenta tanto en la percepción del entorno que le rodea, así como su experiencias personales. Esta sabiduría fortalece la identidad, sostiene la autonomía y

permite a las personas mayores seguir desempeñando un rol activo dentro de sus comunidades desde el “sí hago”, es decir, como pilares familiares y guardianes del conocimiento ancestral (4).

La pérdida de esta sabiduría y de los elementos que la constituyen representa una amenaza tanto para la continuidad individual como colectiva. En estas culturas, la vejez no se define por una edad específica, sino por el reconocimiento del saber, y quienes lo poseen cumplen funciones esenciales. Esta sabiduría se desarrolla de manera paralela a su cosmovisión, otorgándoles la responsabilidad de preservar los saberes ancestrales mediante la tradición oral: palabras que emergen del territorio, se transmiten en un tiempo no lineal y son reforzadas por la comunidad, la cual también es protegida y construida a través de ellas (4).

Aunque en muchas culturas indígenas las personas mayores ocupan un lugar central tanto en lo simbólico como en lo práctico, asumiendo funciones de participación activa y consulta en la toma de decisiones colectivas, aún existe una limitada producción de estudios cualitativos que aborden esta realidad. Durante los años más recientes los estudios centrados en los pueblos indígenas han llamado la atención de los investigadores, con el propósito de visibilizar su diversidad cultural, sus prácticas tradicionales, su organización generacional y las verdaderas necesidades que enfrentan, especialmente en lo que respecta al rol que desempeñan los ancianos dentro de sus comunidades. Para estos pueblos, el sentido de la vida está profundamente enraizado en sus territorios ancestrales, espacios donde, a lo largo de siglos, han construido marcos simbólicos que otorgan significado a los distintos ciclos vitales. Así, nacer, desarrollarse, reproducirse, enfermar, envejecer y morir adquiere connotaciones particulares según el contexto cultural de cada grupo.

A nivel global, las investigaciones que se centran en la salud y el bienestar de las personas mayores indígenas siguen siendo escasas, especialmente en relación con las desigualdades en el acceso a servicios de salud y atención especializada. En este marco, la Encuesta SABE realizada

en Ecuador reveló una percepción negativa, que asocia la fase envejecimiento como la pérdida de oportunidades, capacidades y esperanza. Esta investigación, que tuvo como finalidad la percepción de la etapa de vejez por parte de las personas mayores indígenas del país, identificó que la identidad, para este grupo, se configura en función de su habilidad para desempeñar actividades físicas. Esta concepción entra en tensión con el deterioro físico asociado al envejecimiento, lo que puede repercutir negativamente en su bienestar físico y mental (4)

### ***Definición de síndrome de golondrina***

Aunque en general las personas desean mantenerse independientes durante la vejez, el aumento en la esperanza de vida implica que muchas de ellas enfrentarán, tarde o temprano, una disminución progresiva de sus capacidades. Incluso en condiciones de salud relativamente buenas, el paso del tiempo conlleva una pérdida gradual de facultades como la visión, la motricidad, la fuerza física y la agilidad, elementos esenciales para conservar la autonomía (5).

Con el avance de la edad, hay situaciones en las que los adultos mayores ya no pueden realizar actividades básicas por sí mismos, como el aseo personal, y se exponen a riesgos significativos, como caídas o accidentes domésticos, lo cual dificulta o incluso imposibilita la vida independiente sin asistencia. En estos casos, los familiares se ven ante la necesidad de tomar decisiones importantes sobre el cuidado y acompañamiento de los individuos de la tercera edad (5).

Las soluciones que suelen considerarse varían según las circunstancias y recursos de cada familia. Algunas optan por contratar servicios de atención domiciliaria para que el adulto mayor permanezca en su hogar con el apoyo necesario. Otras eligen la institucionalización en residencias especializadas. Una tercera alternativa consiste en que el adulto mayor conviva con sus hijos de manera rotativa, es decir, trasladándose periódicamente al hogar de cada uno de ellos. Esta última modalidad, si bien garantiza acompañamiento constante, también implica que la persona no cuente

con un espacio fijo que pueda identificar como propio. A quienes viven bajo esta dinámica se les denomina comúnmente "abuelos golondrina"(6).

Cada una de estas opciones responde a motivos diversos y requiere de una reflexión cuidadosa. Tomar una decisión informada y consensuada entre los miembros de la familia es fundamental para preservar tanto el bienestar del adulto en envejecimiento como en la vida familiar.

### **Conflictos entre familiares de los “abuelos golondrina”**

El sistema de turnos rotativos para el cuidado del “abuelo golondrina” puede generar inestabilidad tanto en la persona mayor como en sus familiares. Es frecuente que surjan tensiones entre hermanos al momento de coordinar los horarios de atención, debido a diferencias en sus rutinas laborales, hábitos personales, intereses, e incluso desacuerdos con sus parejas, lo que puede provocar conflictos y malentendidos dentro del núcleo familiar (7).

Estas disputas repercuten directamente en el equilibrio emocional de los individuos en edad avanzada, quien suele percibir que es la causa de los enfrentamientos entre sus hijos. Esta percepción puede desencadenar sentimientos de tristeza, ansiedad y soledad, convirtiendo la situación en un problema mayor que afecta tanto las relaciones familiares como en el bienestar del anciano. En tal sentido, lo que parece ser una solución frente el fenómeno de estudio en un segundo plano resulta en un conflicto aun mayor (7).

Dentro de los múltiples factores desencadenantes que inciden en la complejidad del caso se encuentran los cambios repentinos en la residencia de los ancianos. El traslado frecuente implica, por ejemplo, la necesidad de cambiar de médico regularmente, lo que puede generar confusión y dificultar el seguimiento adecuado de tratamientos médicos. Dado que muchas personas mayores presentan problemas físicos, la falta de adaptación de todos los hogares a sus necesidades puede

representar un riesgo. En ocasiones, los hijos no realizan las modificaciones necesarias para garantizar un entorno seguro y cómodo (8).

Esta situación es especialmente perjudicial para quienes padecen enfermedades como el Alzheimer o algún tipo de demencia, ya que la inestabilidad y el cambio constante de personas conocidas agravan sus trastornos y afectan negativamente su bienestar. La ausencia de una figura de referencia estable dificulta aún más su capacidad de adaptación y seguridad emocional (8).

### **Estado de ánimo y salud mental en el adulto mayor**

La salud mental constituye en el equilibrio entre las características personal a nivel emocional, psicológico y de interacción social del hombre, con un papel predominante de la forma en que manejan los retos que se presentan en cotidianidad, se gestionan las emociones, se toman decisiones y se mantienen las relaciones interpersonales. Este componente es fundamental en todas las etapas del ciclo vital, incluida la vejez (3).

Pese al alto grado de exposición que adquieren los individuos en la etapa de envejecimiento de desarrollar afecciones mentales, ello no significa que tales trastornos sean parte natural del envejecimiento. De hecho, investigaciones señalan que la mayoría de los ancianos manifiestan sentirse satisfechas con su vida, incluso frente a condiciones físicas deterioradas o enfermedades crónicas. No obstante, los cambios significativos que suelen producirse en esta etapa pueden provocar alteraciones emocionales como tristeza, ansiedad o estrés. Si bien muchos adultos mayores logran adaptarse a estas situaciones, algunos experimentan mayores dificultades, lo cual puede derivar en cuadros de depresión, ansiedad u otros trastornos psicológicos (2).

Detectar y tratar adecuadamente estos trastornos es crucial, ya que afectan no solo el bienestar mental, sino también la capacidad para sobrellevar enfermedades físicas, especialmente si son

crónicas. Entre las señales de alerta que pueden indicar la presencia de problemas de salud mental en adultos mayores se encuentran: cambios abruptos en el estado de ánimo o en los niveles de energía, alteraciones del sueño o del apetito, retraimiento social, confusión, irritabilidad, apatía, síntomas somáticos sin causa aparente, desesperanza, conductas de riesgo, pensamientos recurrentes, alucinaciones, e incluso ideas de autolesión o suicidio (8). Ante estos signos, es fundamental la intervención oportuna de profesionales de la salud.

### ***Consecuencias del Síndrome de Golondrina en las relaciones familiares***

El denominado Síndrome de Golondrina, que se manifiesta cuando una persona mayor se traslada periódicamente entre los hogares de sus hijos para recibir cuidado, puede ocasionar diversas repercusiones tanto en el adulto mayor como en el entorno familiar (9). A continuación, se detallan los impactos y repercusiones:

#### **Impactos en la persona mayor**

- La necesidad de adaptarse de manera constante a nuevos espacios, rutinas y relaciones puede provocar altos niveles de ansiedad y una sensación persistente de desarraigo.
- Las mudanzas frecuentes limitan la posibilidad de crear y mantener relaciones estables con vecinos y comunidades, generando aislamiento social.
- La variación constante del entorno puede dificultar la orientación espacial y afectar la memoria, especialmente en adultos con algún tipo de deterioro cognitivo.
- El adulto mayor puede percibirse como una molestia o un peso para sus hijos, lo que incrementando el desánimo, sentimiento de abandono y disminución de la autoestima.

### **Repercusiones en la dinámica familiar**

- La distribución del cuidado puede generar desacuerdos entre los hijos, especialmente cuando no existe equidad en los turnos ni consenso en las decisiones.
- La responsabilidad del cuidado diario puede resultar agotadora, más aún si el adulto mayor presenta enfermedades o limitaciones funcionales significativas.
- El tiempo y atención requeridos por la persona mayor pueden descuidar otras áreas familiares, como el cuidado de hijos menores o la vida en pareja.
- Los gastos relacionados con la atención sanitaria, alimentación especial, transporte o adecuación de espacios pueden representar una carga financiera para los hogares.

### ***Calidad de vida en el adulto mayor***

Numerosas investigaciones han demostrado que el crecimiento de la población adulta mayor está vinculado a cambios sociales y culturales, como la disminución de la cantidad de nacimientos, el aumento de la participación femenina en el ámbito laboral y el rediseño de las dinámicas familiares. Estos factores han generado mayor interés en analizar la calidad de vida y el bienestar emocional en la vejez, especialmente ante el aumento de personas mayores dentro de la estructura poblacional (10).

En un estudio realizado con adultos mayores jubilados de una asociación ecuatoriana, se evaluaron las variables de calidad de vida y autoestima. La muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres, personas con estudios superiores y adultos entre 65 y 70 años. Los resultados mostraron niveles bajos tanto en autoestima (23,71 puntos) como en calidad de vida (112,64 puntos), siendo los derechos y las relaciones interpersonales las dimensiones más afectadas (10).

Se evidenció que los adultos entre 65 y 70 años presentaban mejor calidad de vida, pero menor autoestima que aquellos de 81 a 85 años. El género femenino se caracterizó por una percepción positiva del estado de vida, mientras que los hombres reflejaron mayor autoestima. Además, los participantes solteros reportaron mejores condiciones de vida, y los viudos, mayor autoestima. Factores como la jubilación, la viudez y el deterioro físico y social influyeron negativamente en ambas variables (10).

### ***Calidad de vida de las personas adultas mayores con síndrome de golondrina***

La evidencia investigativa acerca del nivel integridad y autoestima en adultos jubilados evidencian que el bienestar en la vejez está fuertemente condicionado por el entorno emocional y social que rodea al individuo. Factores como la estabilidad familiar, el acompañamiento afectivo, la autonomía personal y el reconocimiento de sus derechos resultan determinantes para mantener una percepción positiva de su calidad de vida (11).

En este contexto, la figura del denominado abuelo golondrina refleja un modelo de atención familiar que puede generar consecuencias adversas. La falta de estabilidad residencial, la ruptura de rutinas y la continua adaptación a nuevos entornos limitan el sentido de pertenencia del adulto mayor, afectando negativamente su bienestar emocional (10).

Del mismo modo, este sistema de cuidado generalmente acarrea tensiones en la familia, discusiones entre hermanos y una repartición poco equitativa de las responsabilidades. Estas situaciones influyen de forma directa en como el adulto mayor percibe su valor dentro del hogar, generándole sentimientos negativos al sentirse como una carga, de soledad e incluso baja autoestima. En los datos del estudio también se muestra esto, pues se encontró que los niveles más bajos de calidad de vida estaban ligados a carencias en aspectos como el afecto, la estabilidad y los derechos que ellos sienten tener (11).

De tal manera resulta crucial arreglar y fortalecer las dinámicas familiares y los modelos tradicionales de cuidado desde una mirada que ponga en primer lugar la estabilidad, el respeto a la autonomía y el bienestar integral de la persona mayor. Así se asegura un ambiente donde el adulto mayor no esté sometido a constantes cambios ni a conflictos familiares, resulta clave para favorecer su auto realización y mejorar su calidad de vida en esta etapa (11).

### ***Escalas de valoración geriátrica***

La valoración geriátrica integral (VGI) es un examen crucial en el área de la atención a los pacientes en etapas de envejecimiento, esencialmente en el área clínica, comunitaria o institucional. Esta evaluación, que es multidimensional y organizada, busca reconocer, medir y atender a tiempo los distintos aspectos que afectan la integridad y una salud adecuada población geriátrica, tomando en cuenta tanto factores biomédicos como psicosociales. Su aplicación parte del principio de que envejecer es un proceso diverso y complejo, que necesita cuidados personalizados y centrados en la persona (12).

La VGI aborda diferentes criterios dentro de los cuales se considera la funcionalidad, habilidad cognitiva, el estado emocional, la nutrición, el riesgo de caídas, la comorbilidad, el dolor y la situación social. Para cada una de estas partes existen escalas estandarizadas y validadas, las cuales permiten describir el perfil geriátrico del paciente, así como la identificación de una tendencia que sirve de base referencial, anticipar riesgos, seguir los cambios a lo largo del tiempo y guiar las decisiones terapéuticas y sociales (13).

### **Índice de Katz**

Este parámetro numérico constituye una herramienta de evaluación integral de adultos mayores, creada por Sidney Katz en 1963, la cual permite conocer el nivel de independencia que tienen las personas de la tercera edad dentro de sus hábitos en el diario vivir (ABVD). Dentro de este

conjunto se incluyen funciones esenciales para el autocuidado, como bañarse, vestirse, usar el baño, hacer transferencias (levantarse o acostarse en la cama o pasar a una silla), mantener la continencia y alimentarse (12).

Las acciones se evalúan como sigue:

- 1 punto si la persona puede realizarla sin ayuda,
- 0 puntos si requiere asistencia.

El índice total oscila en un rango de 0-6puntos, donde la calificación más alta significa que el individuo no requiere de apoyo para el desarrollo de sus actividades. La presente escala descrita, como ya se mencionó en utilizada ampliamente en diversos campos como el clínico y comunitarios, no obstante, su implementación se ve limitada por la ausencia de equipo instrumental para la valoración así como la falta de grados intermedios.

<b>Índice de Katz</b>	
LAVADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)
<input checked="" type="checkbox"/>	Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera
VESTIDO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
<input checked="" type="checkbox"/>	Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido
USO DE RETRETE	
<input checked="" type="checkbox"/>	Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador y silla de ruedas)
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
<input type="checkbox"/>	No va al retrete
MOVILIZACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
<input type="checkbox"/>	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
<input type="checkbox"/>	No se levanta de la cama
CONTINENCIA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Control completo de ambos esfínteres
<input type="checkbox"/>	Incontinencia ocasional
<input type="checkbox"/>	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente
ALIMENTACION	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sin ayuda
<input checked="" type="checkbox"/>	Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan
<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos
<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE
VALORACIÓN	
A	Independiente en todas las funciones
B	Independiente en todas salvo en una de ellas
C	Independiente en todas salvo lavado y otra más
D	Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más
E	Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
F	Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más
G	Dependiente en las seis funciones

Ilustración 1: Índice de Katz

### Índice de Barthel

Este índice fue propuesto en 1965 por Mahoney y Barthel, se caracteriza por su popularidad dentro de los estudios utilizados para la verificar el estado actual de los ABVD en el adulto mayor. Contrario al índice estudiado previamente, en este caso se cuantifica el grado de asistencia necesario, lo cual permite estudiar eficazmente el nivel de dependencia (13).

Los criterios a evaluar son:

*Tabla 2. Criterios del índice Barthel*

<b>Criterios de valoración</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Criterio</b>
1	Alimentación

2	Aseo personal
3	Arreglo personal
4	Vestirse
5	Control de deposiciones
6	Control de micción
7	Uso del retrete
8	Traslado en camilla/silla
9	Deambulaci3n
10	Subir y bajar escaleras

La valoraci3n total va en un rango entre 0 y 100, y cada ítem se puntúa en mltiples de cinco.

Cada rango indica lo siguiente:

*Tabla 3. Valoraci3n del índice*

<b>Escala de valoraci3n</b>	
<b>Puntuaci3n</b>	<b>Valoraci3n</b>
0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia total

Cabe ańadir que, este índice puede ser influenciado por los cambios clínicos por lo tanto es eficaz para la evaluaci3n inicial y su respectivo seguimiento.

<b>Índice de Barthel</b>	
<b>COMER</b>	
10	INDEPENDIENTE: Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
5	NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por sí solo
0	DEPENDIENTE: Necesita ser alimentado por otra persona
<b>VESTIRSE</b>	
10	INDEPENDIENTE: Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE
<b>ARREGLARSE</b>	
5	INDEPENDIENTE: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
0	DEPENDIENTE: Necesita alguna ayuda
<b>DEPOSICION</b>	
10	CONTINENTE: Ningún episodio de incontinencia
5	ACCIDENTE OCASIONAL: Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE
<b>MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)</b>	
10	CONTINENTE: Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
0	INCONTINENTE
<b>IR AL RETRETE</b>	
10	INDEPENDIENTE: Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin ayuda
<b>TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)</b>	
15	INDEPENDIENTE: No precisa ayuda
10	MINIMA AYUDA: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA: Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
0	DEPENDIENTE: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
<b>DEAMBULACION</b>	
15	INDEPENDIENTE: Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	NECESITA AYUDA: Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
0	DEPENDIENTE
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
10	INDEPENDIENTE: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE: Incapaz de salvar escalones
< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve	

Ilustración 2: índice de Barthel

### **Escala de la Cruz Roja Española**

A pesar de ser una herramienta de valoración poco conocida a nivel internacional, tiene gran relevancia en las naciones de habla hispana. Evalúa igualmente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con una perspectiva más cualitativa y adaptada a entornos comunitarios (12).

Incluye dimensiones similares al Barthel, pero añade una gradación del nivel de ayuda requerida: independiente, con ayuda parcial, o totalmente dependiente. Se asignan puntuaciones entre 0 y 3 por cada actividad, permitiendo una clasificación del nivel de dependencia en:

- Grado 0: independiente
- Grado I: Depende levemente
- Grado II: Depende en grado mesurado
- Grado III: Depende fuertemente

Aunque no está tan estandarizada como otros instrumentos, su simplicidad y adaptabilidad la hacen útil en programas sociales y domiciliarios de intervención geriátrica.

<b>Escala funcional de la Cruz Roja</b>	
0	No se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad
1	Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2	Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3	Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5	Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

*Ilustración 3: Escala funcional de la Cruz Roja*

### **Escala de Lawton y Brody**

La Escala de Lawton y Brody (1969) evalúa las actividades que se realizan en la rutina diaria y que requieren instrumentación, es decir, aquellas funciones más complejas necesarias para mantener una vida independiente dentro de su entorno próximo. Estas actividades no son indispensables para la supervivencia básica, pero sí para vivir con autonomía (12).

Incluye ocho ítems:

- Nivel para manejar el celular
- Habilidad para preparar alimentos
- Actividades en casa
- Lavandería de vestimenta
- Movilidad y transporte
- Responsabilidad sobre productos farmacéuticos
- Manejo del dinero
- Compras

La puntuación es dicotómica (capaz/incapaz o autónomo/con ayuda) en cada ítem. El puntaje total varía de 0 a 8 (mujeres) y de 0 a 5 (hombres), en función del rol de género tradicional de la época, aunque hoy se recomienda aplicar los 8 ítems a todos los géneros.

Escala de Lawton y Brody	Puntos
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS:</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACION DE LA COMIDA:</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional ( para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA:</b>	
Lava por si solo toda la ropa	1
Lavo por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
No viaja	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0

Ilustración 4: Escala de Lawton y Brody

### ***Factores psicosociales asociados al síndrome de golondrina***

El adulto mayor que se ve forzado a cambiar frecuentemente de domicilio, como ocurre en el caso del llamado abuelo golondrina, se encuentra expuesto a una condición reconocida en geriatría como "fragilidad", entendida como un estado de vulnerabilidad física, emocional y social. Uno de los factores que caracteriza esta condición es el "cambio reciente de residencia", el cual incrementa

significativamente el riesgo de deterioro funcional, hospitalizaciones prolongadas, institucionalización temprana e incluso mortalidad. Esta fragilidad se intensifica cuando coexisten otros factores como viudez, enfermedades crónicas, polifarmacia, edad avanzada o depresión, configurando así el perfil del "paciente geriátrico complejo", cuya atención debe ser prioritaria en los sistemas de salud (14).

Sin embargo, en el caso del adulto mayor con residencia cambiante, el seguimiento clínico y social se complica por la falta de continuidad en la atención primaria, la escasa comunicación entre equipos médicos y la ausencia de información actualizada sobre su estado de salud. Esta fragmentación asistencial afecta negativamente tanto a la detección temprana de riesgos como al desarrollo de intervenciones eficaces. De hecho, se ha documentado una notable discrepancia entre los diagnósticos médicos formales y la percepción que tienen los propios adultos mayores sobre sus afecciones, lo que revela una brecha crítica en el abordaje integral de su cuidado (15).

Más allá de las implicaciones clínicas, los constantes desplazamientos deterioran las redes de apoyo de los individuos en vejez. La pérdida de vínculos significativos ya sea por fallecimiento de allegados o por distancia física, conduce al aislamiento social y emocional. Asimismo, la pérdida del rol tradicional dentro del núcleo familiar o la comunidad —como guía, cuidador o autoridad— afecta su autoestima, incrementando la percepción de inutilidad o rechazo. Estos elementos, sumados a la inestabilidad residencial, generan inseguridad, ansiedad y un progresivo debilitamiento del sentido de pertenencia (15).

Además, el estrés derivado de las adaptaciones constantes a nuevos entornos, rutinas y cuidadores impacta directamente en el estado mental del paciente geriátrico. El sentimiento de ser una carga o de carecer de un lugar fijo refuerza su vulnerabilidad emocional. En culturas donde la persona mayor no es valorada o se promueve la autosuficiencia sin considerar las limitaciones del

envejecimiento, este síndrome se agrava. Por tanto, resulta indispensable que tanto las familias como los servicios de salud reconozcan esta realidad y diseñen estrategias que prioricen la estabilidad, el acompañamiento continuo y el respeto a la autonomía del adulto mayor (14).

### ***El rol de la familia en prevención del síndrome de golondrina***

El entorno familiar representa el pilar fundamental de este grupo etario, al encontrarse dentro de su entorno más cercano e influyente, adquiere un papel aún más relevante mientras más avanza la edad. Es en este núcleo donde el adulto mayor encuentra afecto, seguridad y sentido de pertenencia, elementos fundamentales para su equilibrio emocional. Este factor puede ser negativo o positivo de acuerdo con su estado y manejabilidad, pues si en el entorno familiar carece de equilibrio y tranquilidad puede agravar situaciones de desequilibrio en la vida del adulto mayor, afectando su bienestar y salud emocional (16).

En la tercera edad, la fuerza de los lazos familiares y sociales pasa a ser un factor clave para el bienestar tanto físico como emocional. Cuando estos vínculos se pierden, o hay problemas económicos, materiales o psicosociales que no se logran resolver, muchas veces el adulto mayor termina en una institución de cuidado, lo que en algunos casos también trae como consecuencia el distanciamiento familiar. Según el estudio de Hernández y Hernández (2011), una de las razones más comunes del distanciamiento es el poco tiempo que los hijos pueden dedicar a sus padres mayores, ya que tienen sus propias responsabilidades laborales y familiares (17).

Así pues el paciente geriátrico por su bienestar requiere de relaciones que sean significativas y con interacciones frecuentes por su propia estabilidad emocional. Varios estudios sostienen que un sistema de apoyo sólido en el ámbito social contribuye en la disminución de la morbilidad, la mortalidad y el estrés, favoreciendo al mismo tiempo estilos de vida más sanos. La calidad de esas relaciones, entendida por el contacto frecuente, la satisfacción del paciente y el apoyo que se

percibe, se relaciona de manera directa con mayores niveles de felicidad, autoestima y satisfacción en la vida durante esta etapa (16).

Cuando la familia no reconoce el valor de la experiencia y la subjetividad del adulto mayor, tiende a marginarlo, desconociendo su potencial creador y su aporte emocional. Este desconocimiento debilita su autoestima y su salud emocional. En este sentido, si el entorno familiar no actúa como soporte positivo, las instituciones sociales y sanitarias deben intervenir activamente para ofrecer un respaldo integral. Para el adulto mayor no solo es vital recibir atención, sino también sentir que aún puede ofrecer apoyo y ser valorado. Este reconocimiento mutuo fortalece su identidad y mejora su calidad de vida (17).

### ***El síndrome de golondrina y su influencia en la salud mental de los adultos mayores***

Las cifras globales, revelan que en todo el mundo la población en edad avanzada crece de manera exponencial, pues las estadísticas indican que para el año 2030 una de cada 6 personas tendrá 60 años o más, y para 2050 esta cifra se duplicará, alcanzando los 2.100 millones de adultos mayores. Este grupo etario continúa contribuyendo activamente a la sociedad, ya sea en el entorno familiar o comunitario. A pesar de que se reconoce su valor en el entorno familiar, su deterioro en la salud es inminente con el paso de los años. Se destacan la depresión, la ansiedad, la demencia y el riesgo de suicidio, que a menudo están subestimadas o mal diagnosticadas debido a la estigmatización o a la falta de acceso a servicios adecuados (18).

Así pues, se estima que el 14% de los adultos mayores padecen alguna alteración a nivel mental, lo cual representa más del 10% de los años vividos con discapacidad (AVAD) para este grupo. A su vez, un cuarto de las cifras de suicidio a nivel mundial corresponde a personas de este rango etario. Factores como la soledad, el aislamiento social y los cambios drásticos en el estilo de vida —como la jubilación, la pérdida de seres queridos o la reducción de ingresos— son elementos

determinantes que pueden deteriorar su salud mental. Uno de cada seis adultos mayores, además, sufre malos tratos, muchas veces por parte de quienes los cuidan (18).

Son múltiples los factores de riesgo que afectan de manera significativa este grupo etario y se relacionan tanto con condiciones personales como con el entorno. Las personas mayores son particularmente vulnerables al edadismo, que limita sus oportunidades de desarrollo, genera exclusión y afecta su autoestima. Asimismo, quienes cuidan paciente con enfermedades crónicas, como la demencia, también se enfrentan a una carga emocional y física significativa, que puede derivar en situaciones de negligencia o abuso si no cuentan con el apoyo necesario. El impacto acumulado de las experiencias de vida, sumado a condiciones de pobreza o de salud precaria, incrementa aún más los riesgos (19).

Frente a esta realidad que afecta a todo el entorno del paciente, resulta crucial enfocar actividades en los buenos hábitos de cuidados de la salud y prevención del deterioro partiendo del fortalecimiento de entornos seguros y estimulantes. Es fundamental fomentar las conexiones sociales a través de grupos comunitarios, voluntariado, programas intergeneracionales y actividades recreativas. También se requieren acciones estratégicas a nivel político que promueven la integración pública para reducir la desigualdad, garanticen la accesibilidad a la asistencia médica y brinden apoyo de manera equilibrada al paciente, como a sus cuidadores. Combatir la discriminación por edad y garantizar el trato digno a las personas mayores no solo es una cuestión ética, sino una necesidad urgente ante el crecimiento sostenido de esta población (18).

### ***Soluciones para cuidado de los adultos mayores y evitar el síndrome de golondrina***

Una de las alternativas para el cuidado de personas mayores es el ingreso a una residencia geriátrica. Sin embargo, esta opción no siempre es viable debido a la negativa del adulto mayor a

abandonar su entorno familiar para convivir con personas desconocidas. Muchas familias buscan soluciones que permitan mantener al anciano en su hogar, en un ambiente conocido y seguro(20).

Entre las alternativas domiciliarias está la contratación de un cuidador profesional por horas, de forma interna o para atenciones puntuales. Esta persona debe estar cualificada para brindar acompañamiento y asistencia según el nivel de dependencia del adulto mayor. No obstante, es fundamental contar con el consentimiento de la persona mayor, ya que a muchos les resulta difícil aceptar la presencia de un extraño en su casa (21).

Para elegir la mejor opción, es recomendable buscar asesoría especializada. Hay profesionales y servicios que pueden orientar en la mejora de las deficiencias del cuidado de las personas mayores de la población geriátrica y las posibilidades de la familia. Contar con cuidadores con experiencia en el trato con personas mayores permite ofrecer una atención personalizada, respetuosa y segura (21).

En algunos casos, un familiar asume el rol de cuidador, pero esto no siempre resulta beneficioso. Muchas veces, ese familiar carece de la formación y el respaldo emocional necesarios para afrontar las demandas físicas y psicológicas del cuidado, lo que puede provocar estrés, agotamiento y conflictos. Por ello, lo ideal es establecer un acuerdo entre el cuidador profesional y la persona mayor, promoviendo una relación basada en la confianza, el respeto y el bienestar mutuo (20).

## **Capítulo IV**

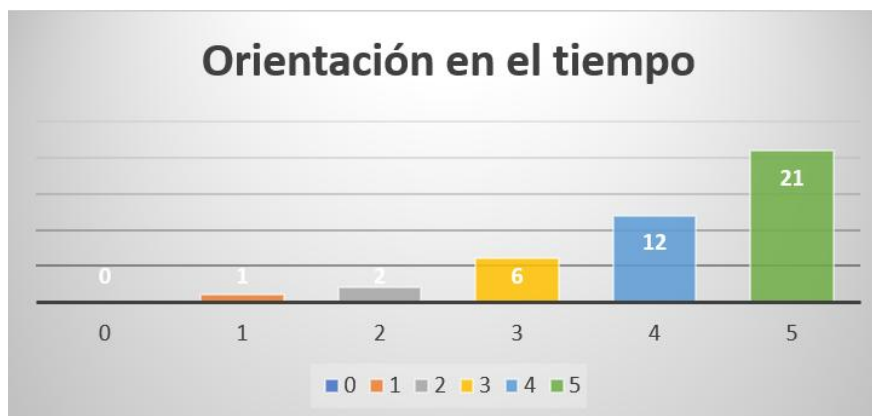
### **Análisis de resultados**

#### ***Resultados del cuestionario de Folstein***

#### **Orientación en el tiempo**

*Tabla 4: Minimal – Orientación en el tiempo*

Valoración	Cantidad
0	0
1	1
2	2
3	6
4	12
5	21
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 5: Minimental – Orientación en el tiempo*

#### Interpretación:

Los hallazgos revelaron que un porcentaje considerable de los evaluados mantiene una orientación temporal adecuada o casi completa (79% con 4 – 5 puntos), lo que es un indicador favorable de preservación cognitiva en la comunidad evaluada. Sin embargo, un grupo significativo (21%) representa alteraciones leves a moderadas que requieren seguimiento, ya que podrían ser signos tempranos de deterioro cognitivo.

#### **Orientación en el espacio**

*Tabla 5: Minimental – Orientación en el espacio*

Valoración	Cantidad
0	0
1	0
2	2
3	2
4	2
5	36
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 6: Minimental – Orientación en el espacio*

#### Interpretación:

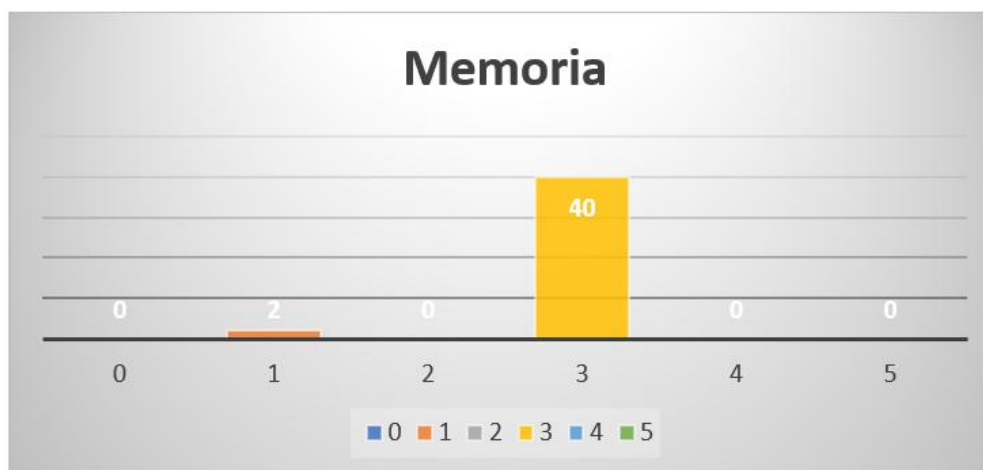
Los resultados muestran que la orientación espacial está ampliamente preservada en la población evaluada, ya que más de cuatro quintas partes (85,6%) demostraron plena capacidad de reconocer su ubicación. Este hallazgo es un indicador favorable de salud cognitiva, sugiriendo que las personas de la tercera edad de Joyocoto mantengan un buen nivel de autonomía y seguridad en relación a su entorno.

No obstante, el grupo minoritario que representó fallos parciales (14,4%) debe ser objeto de seguimiento, ya que estas alteraciones podrían representar manifestaciones tempranas de deterioro cognitivo o estar vinculadas a factores de riesgo asociados al envejecimiento.

#### Memoria

*Tabla 6: Minimental – memoria*

Valoración	Cantidad
0	0
1	2
2	0
3	40
4	0
5	0
<b>Total</b>	42



*Ilustración 7: Minimental – memoria*

#### Interpretación:

Los resultados reflejan que la memoria inmediata se encuentra conservada en una porción significativa de las personas mayores evaluadas (95,2%), lo que constituye un factor protector frente al deterioro cognitivo global. A pesar de lo anterior, existen grupos minoritarios que se encuentran dentro de caos aislados que muestran la necesidad de seguimiento individual pues se podrían agravar los aspectos negativos si interfiere el facto cognitivo.

## Atención y cálculo

Tabla 7: Minimental – Atención y cálculo

Valoración	Cantidad
0	2
1	4
2	3
3	10
4	10
5	13
<b>Total</b>	<b>42</b>



Ilustración 8: Minimental – Atención y cálculo

### Interpretación:

Los hallazgos evidenciaron que una parte significativa correspondiente al 54,7% de los participantes aún mantienen buenas habilidades de atención y cálculo, reflejando un nivel positivo de la facultad cognitiva. Sin embargo, casi la mitad de la población (45,3%) mostró algún grado de dificultad, desde leve hasta severa, lo que refleja que este dominio cognitivo es más vulnerable que la orientación en tiempo y espacio, o la memoria inmediata, dentro de la comunidad evaluada.

## Memoria diferida

Tabla 8: Minimental – Memoria diferida

Valoración	Cantidad
0	2
1	1
2	8
3	31
4	0
5	0
<b>Total</b>	<b>42</b>

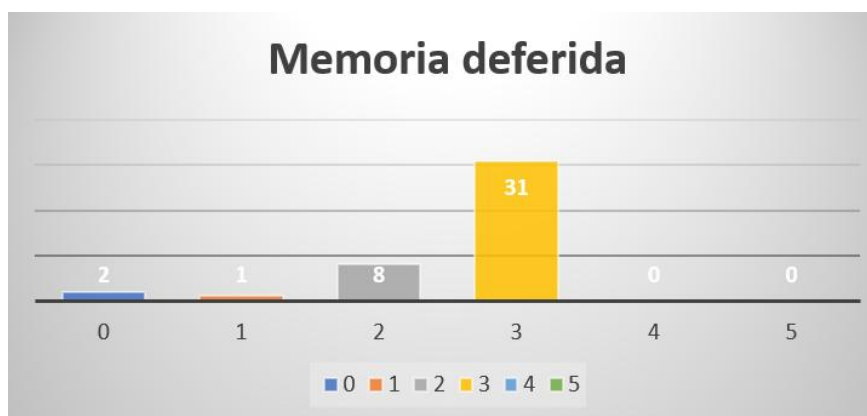


Ilustración 9: Minimental – Memoria diferida

### Interpretación:

Los resultados muestran que la memoria diferida está conservada en la mayoría de la población (74%), lo cual es un indicador positivo. Sin embargo, existe un 26% de adultos mayores con alteraciones de nivel leve a severas, lo que convierte a esta dimensión en una de las más vulnerables dentro del perfil cognitivo del grupo.

## Denominación

Tabla 9: Minimental – Denominación

Valoración	Cantidad
0	0
1	0
2	42
3	0
4	0
5	0
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 10: Minimental – Denominación*

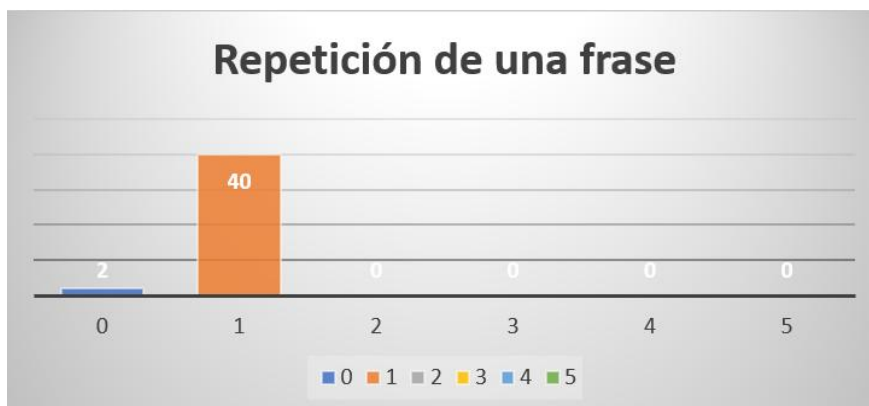
#### Interpretación:

Los resultados muestran que la capacidad de denominación está completamente preservada en el 100% de los adultos mayores evaluados, lo cual constituye un factor altamente positivo en el perfil cognitivo de la comunidad de Joyocoto. Este hallazgo refuerza la idea de que, aunque existen dificultades en otras áreas como atención y cálculo o en memoria diferida, las funciones básicas del lenguaje permanecen intactas en la totalidad de los evaluados.

#### Repetición de una frase

*Tabla 10: Minimental – Repetición de una frase*

Valoración	Cantidad
0	2
1	40
2	0
3	0
4	0
5	0
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 11: Minimental – Repetición de una frase*

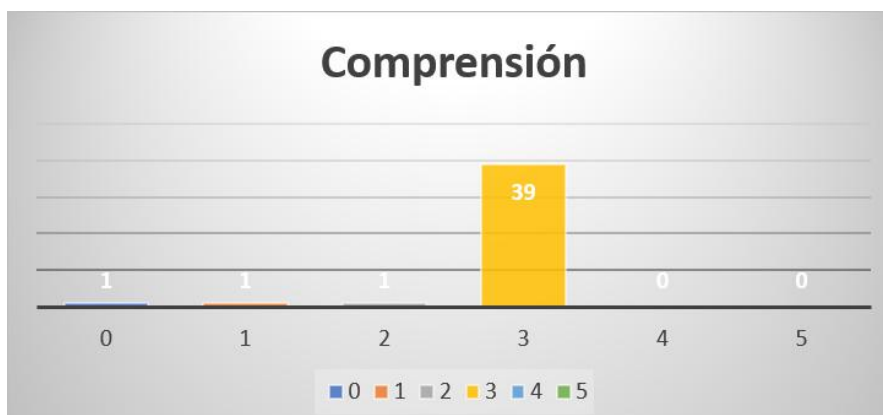
Interpretación:

Respecto a la evaluación del criterio de repetición de una frase, se identificó que gran parte de los evaluados mantienen habilidad intacta de repetición verbal (95,2%), lo cual es un indicador positivo de la preservación del lenguaje y de las funciones básicas de la memoria auditiva inmediata.

### **Comprensión – ejecución de orden**

*Tabla 11: Minimental – Comprensión*

<b>Valoración</b>	<b>Cantidad</b>
0	1
1	1
2	1
3	39
4	0
5	0
<b>Total</b>	42



*Ilustración 12: Minimental – Comprensión*

#### Interpretación:

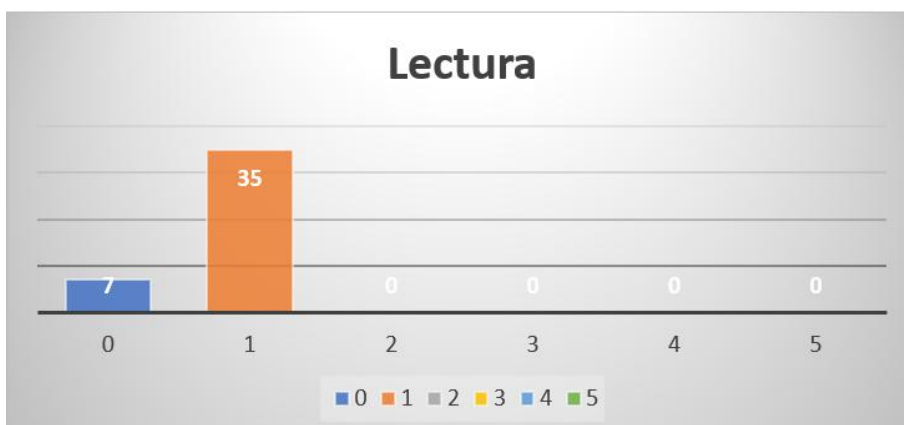
Los resultados muestran que la comprensión y ejecución de órdenes se encuentra ampliamente preservada en los adultos mayores de Joyocoto (92.8%), lo cual constituye una fortaleza cognitiva del grupo. Vinculada con un adecuado nivel funcional, esta habilidad permite inferir que los participantes conservan un nivel adecuado de autonomía en actividades cotidianas.

No obstante, los casos aislados con evaluación baja (7.2%) requieren seguimiento, ya que podrían estar vinculados a alteraciones cognitivas iniciales problemas sensoriales o baja escolaridad.

#### Lectura

*Tabla 12: Minimental – Lectura*

Valoración	Cantidad
0	7
1	35
2	0
3	0
4	0
5	0
<b>Total</b>	42



*Ilustración 13: Minimental – Lectura*

#### Interpretación:

Los hallazgos revelaron un grupo mayoritario de participantes (83.3%) conservan la capacidad de leer y ejecutar instrucciones simples, lo cual, es un indicador positivo de funcionalidad cognitiva y lingüística. Pese a lo anterior, un porcentaje del 16.7% mostró limitaciones por lo que no pudo terminar la actividad planteada, mostrando factores vinculados cuestiones educativas y sensoriales, no meramente al deterioro cognitivo.

#### Escritura

*Tabla 13: Minimental – Escritura*

Valoración	Cantidad
0	24
1	18
2	0
3	0
4	0
5	0
<b>Total</b>	42



*Ilustración 14: Minimental – Escritura*

#### Interpretación:

La tabulación de resultados permitió identificar que más de la mitad de participante ha perdido la habilidad para escribir frases cortas, lo cual es un indicador de la deficiencia en el área de lenguaje escrito. Los resultados sugieren existe una relación directa con el contexto educativo y sociocultural de los participantes, y no se vincula con la deficiencia cognitiva.

#### Copia de un dibujo

*Tabla 14: Minimental – Copia de un dibujo*

Valoración	Cantidad
0	2
1	40
2	0
3	0
4	0
5	0
<b>Total</b>	42



Ilustración 15: Minimental – Copia de un dibujo

#### Interpretación:

Un grupo mayoritario correspondiente casi a la totalidad de los participantes (95.2%) registraron una puntuación de uno en la actividad de la copia del dibujo, lo cual refleja una clara deficiencia en habilidades visuoespaciales y praxis constructiva. Por su parte, el resto de participante presentó un puntaje de 0, sugiriendo serias deficiencias de esta función. Este hallazgo sugiere que existe cierta vulnerabilidad en el área visuoespacial del grupo evaluado.

#### **Promedio general del cuestionario de Folstein**

Tabla 15: Promedio de minimental

Adulto Mayor	Total	Adulto Mayor	Total
1	23	23	25
2	11	24	30
3	28	25	26
4	24	26	30
5	26	27	25
6	23	28	29
7	30	29	11
8	25	30	30
9	26	31	26
10	29	32	30
11	30	33	24
12	29	34	28
13	25	35	30
14	26	36	27
15	27	37	26
16	25	38	28
17	21	39	26
18	29	40	16

19	27	41	27
20	27	42	27
21	27	<b>Promedio</b>	26
22	29		

Interpretación general del examen:

- La mayoría de participante evaluados (aproximadamente el 62%) presentan un déficit discreto, lo que podría estar asociado a factores como nivel educativo, depresión o cambio cognitivos leves relacionados con la edad.
- Un 31% de los evaluados se encuentran dentro la valoración del rango de lo normal, indicando preservación adecuada de las funciones cognitivas.
- Solo un caso (2.5%) mostró un deterioro cognitivo leve, sin presencia de deterioro moderado a grave.

### ***Resultados del Índice de Barthel***

#### **Comer**

*Tabla 16: Barthel - Comer*

<b>Valoración</b>	<b>Cantidad</b>
0	2
5	40
10	0
15	0
<b>Total</b>	42

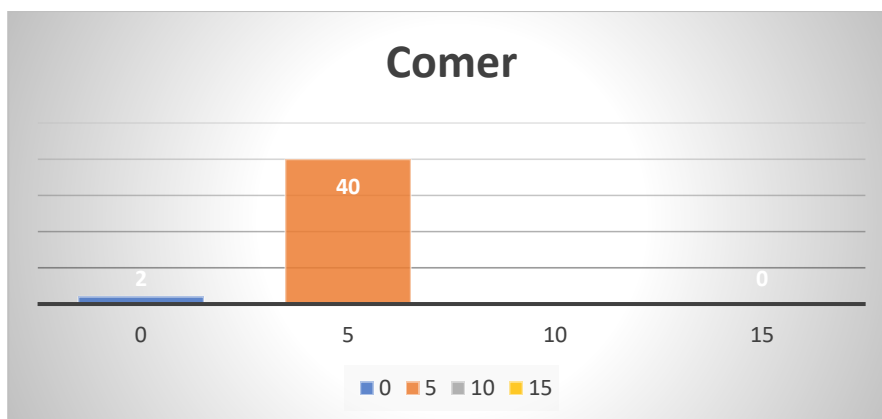


Ilustración 16: Barthel - Comer

#### Interpretación:

La gran mayoría de los adultos mayores evaluados (92.5%) requieren algún tipo de ayuda para alimentarse, mientras que un pequeño grupo (4.8%) es totalmente dependiente en esta actividad. No se identifican personas que puedan comer de manera completamente independiente. Esto indica que la autonomía funcional en la actividad de comer es limitada dentro de esta comunidad, lo que resalta la necesidad de regular o supervisar para garantizar una nutrición adecuada y segura.

#### Trasladarse con equipos de asistencia

Tabla 17: Barthel – Movilización con asistencia

Valoración	Cantidad
0	0
5	1
10	10
15	31
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 17: Barthel – Movilización con asistencia*

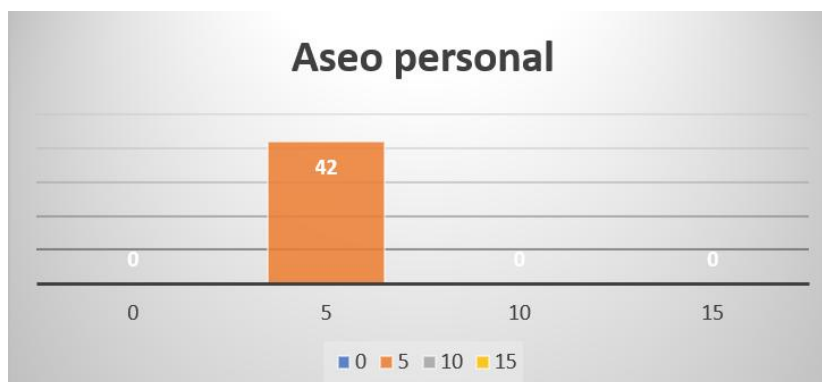
#### Interpretación:

La mayoría de los adultos mayores (73.8%) pueden trasladarse de manera independiente entre la silla y la cama. Un grupo menor (23.8%) necesita ayuda mínima, mientras que una persona requiere ayuda a considerable. No se registraron casos de dependencia total.

#### Aseo Personal

*Tabla 18: Barthel – Aseo Personal*

Valoración	Cantidad
0	0
5	42
10	0
15	0
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 18: Barthel – Aseo Personal*

#### Interpretación:

Todos los adultos mayores evaluados requieren ayuda para realizar el aseo personal. No se registraron personas independientes ni con ayuda mínima, lo que indica que el aseo personal es una actividad en la que la población presenta dependencia total o significativa. Esto puede reflejar limitaciones físicas, cognitivas o ambas, y resalta la necesidad de apoyo constante para mantener la higiene y prevenir riesgos asociados a la dependencia en esta actividad.

### Uso del retrete

Tabla 19: Barthel – Uso del retrete

Valoración	Cantidad
0	0
5	3
10	39
15	0
<b>Total</b>	42



Ilustración 19: Barthel – Uso del retrete

#### Interpretación:

En un porcentaje significativo (92.9% ) de los evaluados se identificó que requiere ayuda para usar el baño, mientras que un pequeño grupo (7.1%) requiere ayuda considerable. No se registraron personas totalmente independientes ni totalmente dependientes. Esto significa que, aunque hay cierta autonomía, casi todos requieren supervisión o asistencia parcial para esta actividad de la vida diaria.

**Bañarse/ ducharse**

Tabla 20: Barthel – Bañarse/ ducharse

Valoración	Cantidad
0	2
5	40
10	0
15	0
<b>Total</b>	<b>42</b>

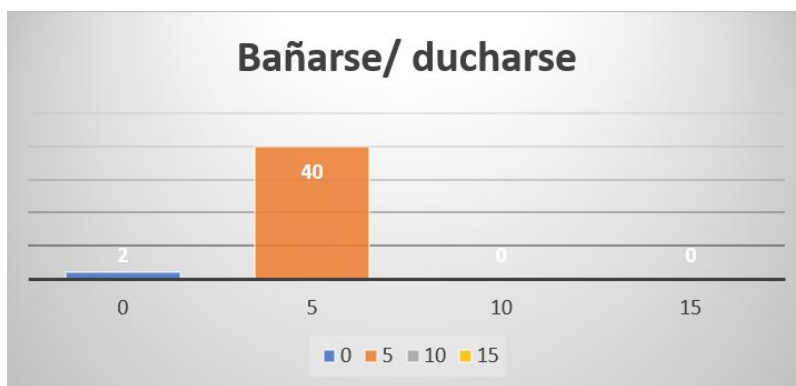


Ilustración 20: Barthel – Bañarse/ ducharse

**Interpretación:**

Un porcentaje considerable de participantes (95.2%) necesitan ayuda para bañarse, mientras que un pequeño grupo (4.8%) es totalmente dependiente en esta actividad. No se registraron casos de independencia. Esto indica que el baño es una actividad en la que los adultos mayores presentan alta dependencia, probablemente debido a limitaciones físicas o de movilidad, y requiere supervisión o asistencia directa para garantizar seguridad e higiene.

**Desplazarse**

Tabla 21: Barthel – Desplazarse

Valoración	Cantidad
0	1
5	7
10	9
15	25
<b>Total</b>	42

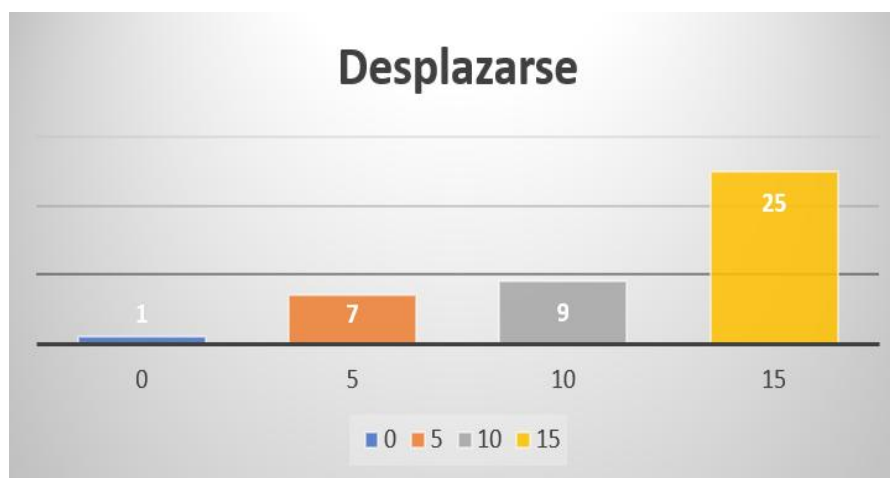


Ilustración 21: Barthel - Desplazarse

**Interpretación:**

Un grupo mayoritario de los adultos en etapa de vejez (59.5%) se pueden movilizar sin necesidad de apoyo, mientras que un grupo significativo requiere algún nivel de asistencia: 21.4% necesita ayuda mínima, 16.7% ayuda considerable, y solo 2.4% es totalmente dependiente. Esto indica que la movilidad general dentro del hogar o la comunidad es relativamente buena, aunque una proporción importante aún requiere apoyo para garantizar seguridad y prevenir caídas.

**Subir y bajar escaleras**

Tabla 22: Barthel – Subir y bajar escaleras

Valoración	Cantidad
0	0
5	8
10	33
15	1
<b>Total</b>	42

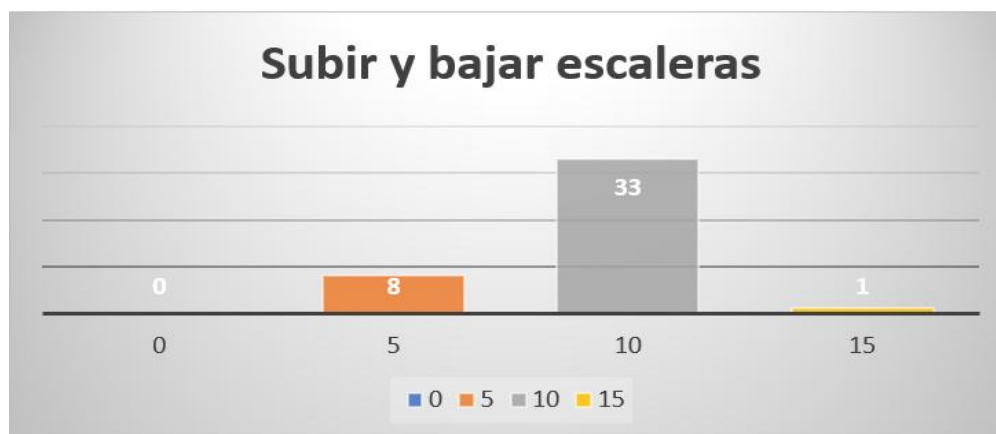


Ilustración 22: Barthel – Subir y bajar escaleras

#### Interpretación:

Un grupo considerable de los participantes (78.6%) mostraron que requieren poco apoyo para subir y bajar gradas, mientras que un grupo menor (19%) requiere ayuda considerable. Solo una persona es independiente. Esto indica que la actividad de subir y bajar gradas representa un desafío para la mayoría de la población evaluada, probablemente debido a limitaciones físicas o de equilibrio, y requiere supervisión o asistencia parcial para prevenir accidentes.

#### Vestirse o desvestirse

Tabla 23: Barthel – Vestirse o desvestirse

Valoración	Cantidad
0	0
5	1
10	41
15	0
<b>Total</b>	42

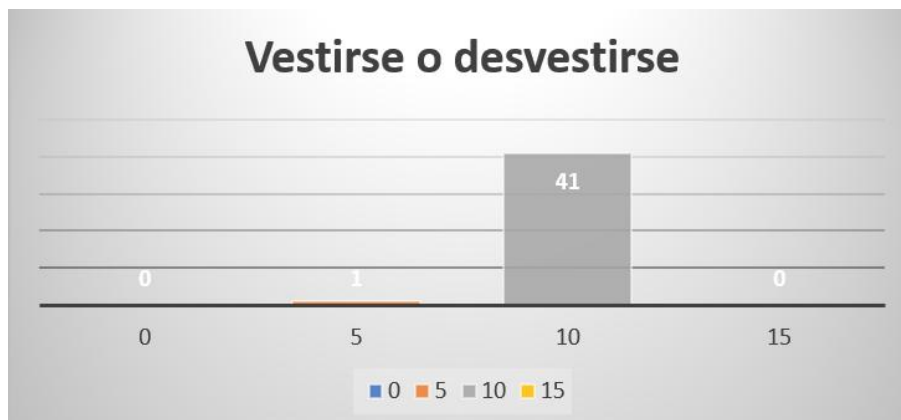


Ilustración 23: Barthel – Vestirse o desvestirse

#### Interpretación:

Un grupo mayoritario del 97.6% de los participantes necesita ayuda mínima para cambiarse de vestimenta, mientras que una persona requiere ayuda considerable. No se registraron casos de independencia total. Esto indica que, aunque los adultos mayores conservan cierta autonomía, casi todos requieren supervisión o asistencia parcial para realizar esta actividad de la vida diaria, reflejando una dependencia leve a moderada.

#### Control de heces

Tabla 24: Barthel – control de heces

Valoración	Cantidad
0	0
5	2
10	40
15	0
<b>Total</b>	42



Ilustración 24: Barthel – control de heces

#### Interpretación:

Un porcentaje significativo de los evaluados (95.2%) no requiere mucha ayuda para el control de heces, mientras que un pequeño grupo (4.8%) requiere ayuda considerable no se registraron casos de independencia total y de dependencia total. Esto indica que, aunque la población evaluada mantiene cierta autonomía, casi todos requieren supervisión o asistencia parcial para esta actividad, lo que refleja una dependencia leve a moderada en el control intestinal.

#### Control de orina

Tabla 25: Barthel – Control de orina

Valoración	Cantidad
0	0
5	3
10	39
15	0
<b>Total</b>	42

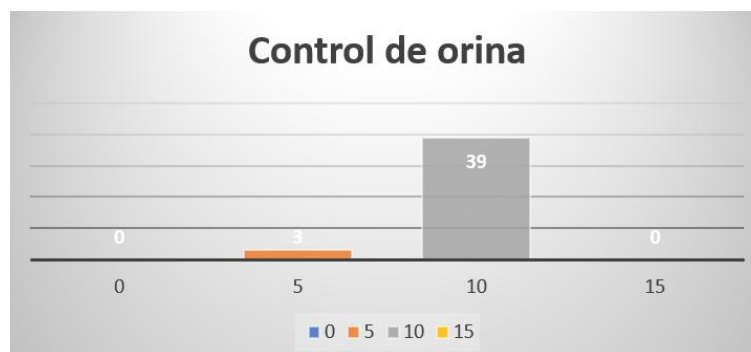


Ilustración 25: Barthel – Control de orina

#### Interpretación:

El porcentaje significativo del 92.9% de los participantes evaluados no requiere gran ayuda para el control de orina, mientras que un pequeño grupo (7.1%) requiere ayuda considerable. No se registraron casos de independencia total ni de dependencia total. Esto indica que la población evaluada conserva cierta autonomía, pero la supervisión parcial sigue siendo necesaria para garantizar la higiene y prevenir accidentes o infecciones.

#### Promedio del índice de Barthel

Tabla 26: Promedio de Índice de Barthel

Adulto Mayor	Total	Adulto Mayor	Total
1	95	23	100
2	65	24	100
3	100	25	85
4	85	26	100
5	90	27	100
6	95	28	100
7	100	29	60
8	95	30	100
9	90	31	100
10	100	32	85
11	100	33	100
12	85	34	100
13	95	35	100
14	100	36	95
15	90	37	95
16	100	38	100

17	90	39	80
18	85	40	65
19	100	41	100
20	95	42	100
21	100	<b>Promedio</b>	93
22	100		

### Interpretación general del Índice de Barthel:

Se evaluaron a 42 adultos mayores y de acuerdo con esto se puede clasificar por nivel de autonomía:

- Independencia: 22 personas (52.4%).
- Dependencia escasa: 11 personas (26.2%).
- Dependencia moderada: 8 personas (19%).
- Dependencia severa: 1 persona (2.4%).
- Dependencia total: 0 personas.

La mayoría de los adultos mayores (78.6%) presenta alta autonomía funcional, con independencia total o dependencias casa punto un grupo menor (19%) tiene dependencia moderada, requiriendo ayuda para cumplir con funciones básicas del diario vivir. Un único participante (2.4%) presenta dependencia severa, lo que indica que necesita apoyo significativo. No se registraron casos de dependencia total.

### ***Resultado del índice de Brawton y Brody***

#### **Uso de dispositivos móviles**

Tabla 27: Brawton y Brody – Uso de dispositivos móviles

<b>Valoración</b>	<b>Cantidad</b>
0	7
1	35
<b>Total</b>	42



Ilustración 26: Brawton y Brody – Uso de dispositivos móviles

#### Interpretación:

La mayoría de los evaluados (83.3%) puede utilizar el teléfono de manera independiente, lo que indica una buena capacidad para mantener comunicación externa y acceder a servicios de apoyo o emergencia. Un grupo menor (16.7%) no tiene esta estabilidad, lo que sugiere que podría necesitar asistencia para regresar llamadas telefónicas, lo cual podría afectar su autonomía y comunicación con familiares o servicios de salud.

#### Hacer compras

Tabla 28: Brawton y Brody – hacer compras

Valoración	Cantidad
0	11
1	31
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 27: Brawton y Brody – Hacer compras*

#### Interpretación:

La mayoría de las personas mayores (73.8%) realizan sus actividades de compras sin requerir apoyo, lo que refleja un nivel adecuado de autonomía para manejar recursos, adquirir alimentos y bienes necesarios. Sin embargo, un grupo significativo (26.2%) no puede realizar esta actividad por sí mismo, lo que indica que necesita de apoyo externo para garantizar su acceso a bienes y servicios básicos.

#### **Preparación de la comida**

*Tabla 29: Brawton y Brody – preparación de la comida*

<b>Valoración</b>	<b>Cantidad</b>
0	7
1	35
<b>Total</b>	42



Ilustración 28: Brawton y Brody – preparación de la comida

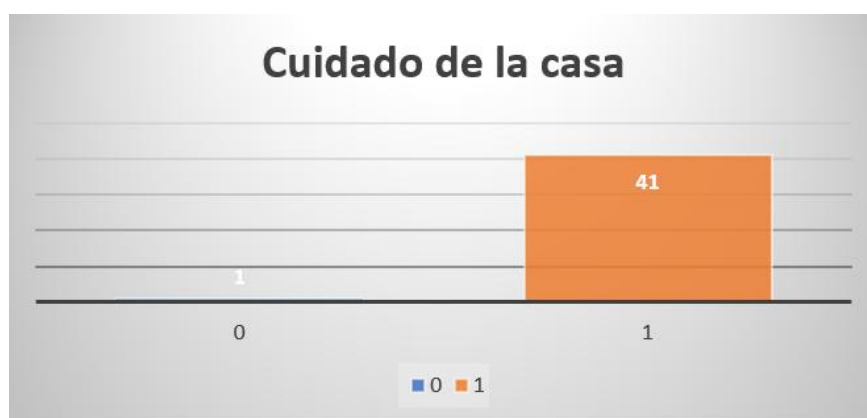
### Interpretación:

La gran mayoría de los adultos mayores (83.3%) puede preparar la comida de manera independiente, lo que indica que conservan habilidades funcionales para gestionar su alimentación y mantener autonomía En esta actividad instrumental de la vida diaria. Un pequeño grupo (16.7%) requiere apoyo, lo que podría implicar supervisión o asistencia para garantizar seguridad y nutrición adecuada.

### Cuidado de la casa

Tabla 30: Brawton y Brody – cuidado de la casa

Valoración	Cantidad
0	1
1	41
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 29: Brawton y Brody – cuidado de la casa*

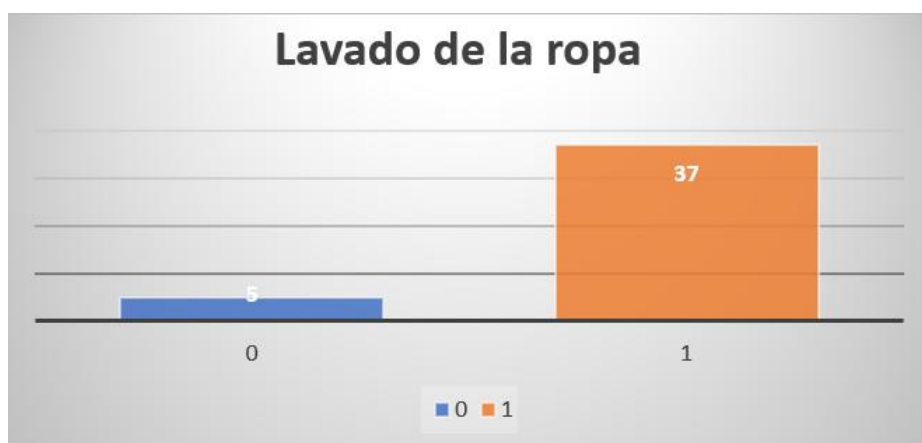
**Interpretación:**

La gran mayoría de los adultos mayores (97.6%) puede realizar tareas de cuidado del hogar de manera independiente, lo que refleja un alto nivel de autonomía funcional para mantener el orden, limpieza y organización de su entorno. Solo una persona requiere asistencia, lo que indica que las limitaciones en esta actividad son mínimas dentro del grupo evaluado.

**Lavado de la ropa**

*Tabla 31: Brawton y Brody – lavado de ropa*

Valoración	Cantidad
0	5
1	37
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 30: Brawton y Brody – lavado de ropa*

**Interpretación:**

La mayoría de los adultos mayores (88.1%) pueden realizar el lavado de ropa de manera independiente, demostrando autonomía En esta actividad instrumental de la vida. Un grupo menor (11.9%) requiere asistencia para realizar esta tarea, lo que podría implicar apoyo ocasional para mantener higiene y cuidado de su vestimenta.

### Uso de medios de transporte

Tabla 32: *Uso de medios de transporte*

Valoración	Cantidad
0	3
1	39
<b>Total</b>	<b>42</b>

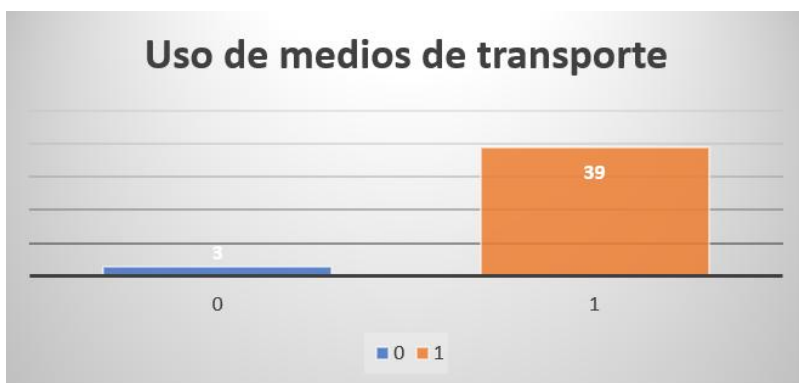


Ilustración 31: *Uso de medios de transporte*

#### Interpretación:

La mayoría de los adultos mayores (92.9%) pueden utilizar medios de transporte de manera independiente, lo que indica que conservan autonomía para desplazarse fuera del hogar y acceder a servicios básicos, actividades sociales o citas médicas. Un grupo reducido (7.1%) requiere asistencia, lo que podría limitar su movilidad y participación en la comunidad.

### Responsabilidad respecto a su medicación

Tabla 33: *Brawton y Brody – Responsabilidad respecto a su medicación*

Valoración	Cantidad
0	11
1	31
<b>Total</b>	<b>42</b>



Ilustración 32: Brawton y Brody – Responsabilidad respecto a su medicación

#### Interpretación:

La mayoría de los adultos mayores (73.8%) puede gestionar su medicación de manera independiente, lo que refleja la autonomía en la administración de tratamientos y cumplimiento de indicaciones médicas. Sin embargo, como un grupo significativo (26.2%) requiere ayuda, lo que indica riesgo de errores en la toma de medicación, falta de adherencia o complicaciones de salud si no se brinda supervisión.

#### Capacidad para utilizar dinero

Tabla 34: Brawton y Brody – Capacidad para utilizar dinero

Valoración	Cantidad
0	5
1	37
<b>Total</b>	<b>42</b>



*Ilustración 33: Brawton y Brody – Capacidad para utilizar dinero*

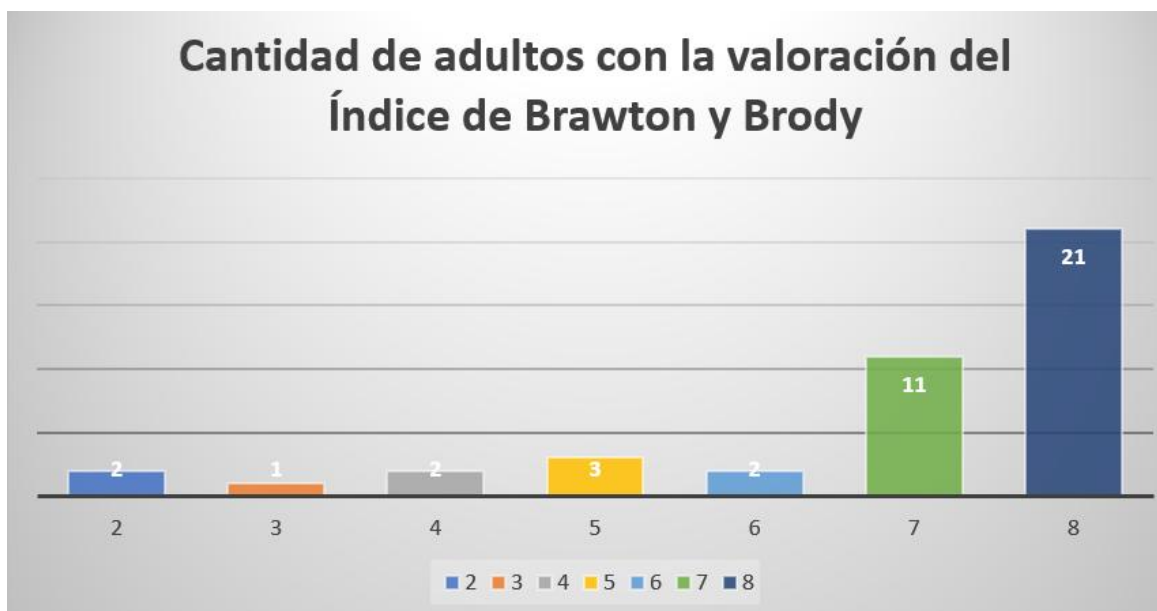
**Interpretación:**

La mayoría de los adultos mayores de (88.1%) puede manejar dinero de manera independiente, lo que refleja autonomía para realizar pagos, compras y gestionar recursos económicos. Un grupo menor (11.9%) requiere asistencia, lo que podría limitar su independencia financiera y la capacidad de tomar decisiones económicas y sin supervisión.

**Promedio del Índice de Brawton y Brody**

*Tabla 35: Promedio de Índice de Brawton y Brody*

Adulto Mayor	Género	Total	Adulto Mayor	Género	Total
1	M	7	23	H	8
2	H	2	24	M	8
3	H	8	25	M	7
4	M	8	26	H	6
5	H	8	27	H	8
6	H	5	28	M	8
7	H	8	29	M	3
8	M	8	30	H	8
9	M	7	31	M	8
10	H	8	32	H	5
11	M	5	33	H	8
12	M	4	34	M	7
13	H	8	35	H	7
14	M	8	36	M	7
15	H	7	37	M	8
16	H	7	38	M	7
17	M	7	39	M	4
18	H	6	40	H	2
19	M	8	41	M	8
20	H	8	42	M	7
21	H	8	<b>Promedio</b>		7
22	M	8			



*Ilustración 34: Promedio de Índice de Brawton y Brody*

#### Interpretación:

Un segmento significativo de las personas mayores de Joyocoto evaluadas presenta un nivel funcional alto en actividades instrumentales habituales, con predominio de autonomía o dependencia ligera:

- Entre las mujeres, aproximadamente el 38% son autónomas y el 43% presenta dependencia ligera, mientras que solo un 19% tiene dependencia moderada.
- Entre los hombres coman aproximadamente el 52% son autónomos, 24% presentan dependencia ligera y 24% dependencia moderada.

No se registraron casos de dependencia grave o total en ninguno de los dos géneros, lo que indica que, en general, los adultos mayores conservan un nivel funcional adecuado para gestionar actividades instrumentales como manejo de dinero, adquisición de producto, preparación de alimentos, actividades domésticas y de salud.

## Resultados de la escala de Yesavage

Tabla 36: Resultados de la Escala de Yesavage

Nº	Pregunta	Si	No
1	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	37	5
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	42	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	39	3
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	40	2
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	41	1
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	35	7
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	40	2
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	40	2
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	39	3
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	39	3
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	40	2
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	38	4
13	¿Se siente lleno de energía?	41	1
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	40	2
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	41	1
<b>Promedio</b>		39	3

## Escala de Yesavage

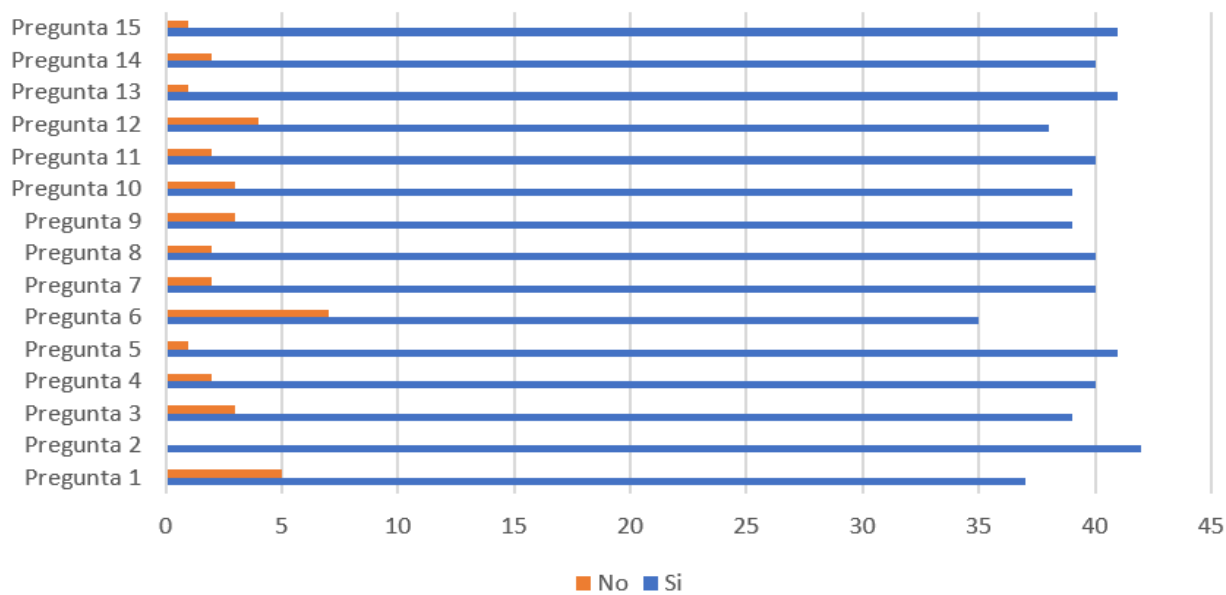


Ilustración 35: Resultados de la Escala de Yesavage

Interpretación:

Respuestas indicativas de ánimo positivo: predominan con valores superiores en varias preguntas, lo que refleja que una parte de los adultos mayores mantiene una actitud resiliente.

Respuestas indicativas de depresión o riesgo: aparecen en un grupo importante, especialmente en ítems relacionados con pérdida de interés, cansancio frecuente y percepción de que la vida está vacía.

Esto indica que la comunidad existe una proporción considerable de adultos mayores en riesgo en riesgo de depresión leve o moderada

De forma general, el análisis muestra que:

- Aproximadamente el 60% de los adultos mayores mantienen un buen estado emocional, sin indicios relevantes de depresión.
- En torno al 30% presentan síntomas compatibles con depresión leve, lo que requiere seguimiento comunitario y apoyo psicosocial
- Un 10% manifiesta señales de depresión moderada severa, siendo este grupo prioritario para derivación del cuidado mental y acompañamiento familiar.

La Escala de Yesavage en la comunidad de Joyocoto evidencia que, aunque la mayoría de adultos se mantiene un estado emocional aceptable, un 40% tienen un cierto riesgo de cuadros de depresión. Esto subraya la importancia de fortalecer redes de apoyo comunitarias, implementar actividades de socialización, y articular con los servicios de salud la atención psicológica y médica preventiva.

## Estrategia de mejora

Fase	Actividad	Responsable	Frecuencia/Tiempo	Insumos o verificables	Indicadores de éxito
Organización inicial	Conformar equipo comunitario con personal del MIES, centro de salud, líderes y líderes barriales y voluntarios	Persona del MIES GAD Municipal Acción social	Semana 1	Acta, lista de miembros, teléfonos	Equipo conformados y calendario aprobado
	Elaborar un mapa de actores locales y capacidades (MIES, GADs, escuelas, iglesias, entre otros)	Equipo comunitario	Semana 1	Formato de registro	Mapa validado y socializado en reuniones con actores
Censo y línea base	Actualizar padrón de personas adultas mayores y clasificar caso "golondrina"	Persona del MIES Voluntarios	Semana 1 – 2	Fichas impresas, o digitales	100% de personas adultas mayores registradas con clasificación
	Aplicar fichas (Yesavage, Barthel, Minimental, Brawton y Brody, entre otros)	Equipo técnico Centro de Salud	Semana 1 – 2	Formularios, tablets o esferos	100% de evaluaciones completas y validadas
Priorización y seguimiento	Identificar personas adultas mayores en riesgo alto, medio y bajo	Personas del MIES Equipo técnico	Semana 2	Listado de riesgo	Clasificación terminada y validada
	Programar visitas intensivas a casos de riesgo Alto	Persona del MIES Voluntarios	Desde la semana 2	Agenda y bitacoras	100% de las personas adultas mayores en riesgo Alto visitadas semanalmente
Intervención familiar	Talleres de cuidado con familias	Persona del MIES Facilitador (psicólogo/a del centro de salud) Familias	Semanas 3 – 4	Material impreso, proyector, sillas	≥80% de las familias participan en talleres
	Firma como cuidadores para cada persona adulta mayor	Persona del MIES Familias	Semana 4	Formatos impresos	≥80% de personas adultas mayores con pacto firmado

Red comunitaria y actividades	Crear red de acompañamiento comunitario	Líderes o lideresas barriales Voluntarios	Semana 3 y seguimiento semanal	Registro de voluntarios	≥70% de personas adultas mayores en riesgo Alto con acompañamiento activo
	Organizar círculos de encuentro quincenales (música, diálogo, juegos)	Persona del MIES GAD Municipal Acción social	Cada 2 semanas	Salón comunitario, sillas, refrigerios	≥70% de personas adultas mayores participando al menos 1 vez al mes
	Actividades varias (huertos, manualidades, caminatas suaves, actividades recreacionales)	Persona del MIES Voluntarios	Semanal	Semillas, macetas, barajas, bandas elásticas	≥50% de personas adultas mayores con participación regular
Atención psicosocial	Grupos de manejo del ánimo para personas adultas mayores con depresión leve/moderada	Psicólogo/a del centro de salud	Semanal, desde la semana 4	Espacio cerrado, hojas y marcadores	Reducción ≥50% en puntaje de ánimo en una reevaluación
	Primeros Auxilios Psicológicos en domicilio en casos de crisis	Persona del MIES Psicólogo/a del centro de salud	Según necesidad	Guía PAP Fichas de registro	100% de crisis atendidas
	Actividades intergeneracionales con escuelas	Docentes Líderes juveniles	Mensual	Material didáctico	1 actividad mensual ejecutada
Salud funcionalidad y	Visitas domiciliarias con personal de salud (control, crónicos, vacunas, revisión)	Centro de salud Persona del MIES	Mensual	Kit médico básico Registros de salud	≥80% de personas adultas mayores con control mensual
	Rutinas físico-funcionales (movilidad y equilibrio) en grupo o domicilio	Voluntarios Persona del MIES	3 veces por semana	Bandas elásticas Colchonetas Música	≥70% de personas adultas mayores en riesgo Medio/ Bajo participante
	Capacitación a cuidadores en movilización segura y autocuidado	Personal de salud	Bimensual	Hojas guía Fichas	≥80% de cuidadores capacitados
Comunicación afectiva	Establecer calendario de llamadas y visitas familiares	Familias Persona del MIES	Desde la semana 3, semanal	Agenda Teléfono	≥70% de personas adultas mayores recibe contacto semanal

	“Tarjeta afectiva” para cada adulto mayor	Voluntarios juveniles Familias	Mensual	Cartulinas Impresora Fotos	1 tarjeta entregada mensualmente
Monitoreo y evaluación	Hacer una reevaluación para medir el impacto	Persona del MIES Equipo técnico	Semana 6 y 12	Formularios Excel	≥80% de personas adultas mayores reevaluadas
	Informe de medio término y cierre con resultados e historias de éxito	Persona del MIES Equipo técnico	Semana 6 y 12	Plantilla de informe	2 informes entregados y socializados
Cierre y escalada	Reunión comunitaria para compartir resultados y ajustar plan	Equipo comunitario GAD Municipal	Semana 12	Salón común Proyector	1 reunión de cierre con ≥70% de asistencia
	Propuesta a GAD o Acción Social para cofinanciar actividades y transporte	Personal del MIES Comunidad	Semana 12	Documento de propuesta	Propuesta comunitaria entregada

## Conclusiones

El análisis realizado en la comunidad de Joyocoto evidencia que el síndrome de golondrina afecta significativamente en el bienestar integral de los pacientes geriátricos, ya que limita su autonomía, genera sentimientos de abandono y repercute en su estado emocional. Los resultados de la Escala de Yesavage muestran que cerca del 40% de las personas mayores sufre de alguna afectación por cuadros de depresión, lo que confirma la estrecha relación entre la inestabilidad residencial, la falta de apoyo familiar y el deterioro del bienestar psicológico en esta población.

El análisis de las escalas geriátricas aplicadas (Barthel, Brawton y Brody, y Mini examen mental de Folstein) demuestra que la mayoría de los adultos mayores conserva un nivel aceptable de independencia, sin embargo, existe un grupo con dependencia moderada y severa que requiere apoyo continuo. Esta situación refleja que, aunque la comunidad mantiene capacidades funcionales en gran parte de sus miembros, los desplazamientos constantes derivados del síndrome de golondrina acentúan la vulnerabilidad en quienes ya presentan fragilidad física o cognitiva.

Los resultados confirman que los factores psicosociales, especialmente la migración laboral de los hijos, la ausencia de redes comunitarias sólidas y las limitaciones económicas, incrementan la prevalencia del síndrome de golondrina. Estos elementos influyen de manera negativa en el estado mental de los adultos mayores, así como en el surgimiento de tensiones intrafamiliares, al evidenciarse desigualdad en la distribución de responsabilidades de cuidado, lo que afecta tanto a los cuidadores como a los propios adultos mayores.

Los hallazgos identificados sugieren que en pacientes geriátricos con el síndrome de golondrina es evidente la implicación de políticas públicas para una adecuada atención al paciente. La ausencia de un acompañamiento integral por parte de instituciones y la falta de estrategias de apoyo

familiar estructuradas perpetúan esta problemática, que no solo afecta la salud física y emocional de los adultos mayores, sino también su derecho a un envejecimiento digno, activo y socialmente integrado.

### **Recomendaciones**

Se sugiere reforzar las redes de apoyo comunitario por medio de programas intergeneracionales y talleres de socialización, que ayuden a disminuir los niveles de soledad y depresión que se presentan en los adultos mayores. Estas actividades deberían incluir acompañamiento psicosocial y espacios de participación activa, que impulsen la resiliencia, la autoestima y la integración social como elementos protectores frente al síndrome de golondrina.

Se recomienda crear estrategias familiares de corresponsabilidad en el cuidado, que permitan repartir de forma más justa las tareas entre los hijos y los cuidadores. Esto puede lograrse con procesos de sensibilización y capacitación familiar, fomentando el respeto, la valoración y la integración activa de las personas mayores en decisiones que afecten su estilo de vida. Así el cuidado no se vería como una carga, sino como una oportunidad de fortalecer los vínculos afectivos.

Se recomienda plantear a las autoridades locales y el ministerio correspondiente (MIES o Ministerio de Desarrollo Humano) incluyan el síndrome de golondrina dentro de sus programas para el adulto mayor, incorporando apoyo psicológico, visitas domiciliarias regulares y un seguimiento de la salud integral. De esta manera se lograría un enfoque preventivo asegurando así el derecho a la estabilidad, dignidad y bienestar en la vejez, en línea con las políticas nacionales de envejecimiento saludable.

---

## Bibliografía

1. Hernández M. Envejecimiento. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2014 [citado el 26 de junio de 2025];40:361–78. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n4/361-378/es>
2. Mishara B, Riedel R. El proceso de envejecimiento [Internet]. Tercera Edición. Madrid; 2000 [citado el 26 de junio de 2025]. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=P1WSN0NT-hoC&oi=fnd&pg=PA11&dq=envejecimiento&ots=IPhHIGre9S&sig=Kf\\_lhiyK0CUDp007mp5Rt9FCIn0&redir\\_esc=y#v=onepage&q=envejecimiento&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=P1WSN0NT-hoC&oi=fnd&pg=PA11&dq=envejecimiento&ots=IPhHIGre9S&sig=Kf_lhiyK0CUDp007mp5Rt9FCIn0&redir_esc=y#v=onepage&q=envejecimiento&f=false)
3. OMS. Envejecimiento y Salud. 2024 [citado el 26 de junio de 2025]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. García HD, García WA, Curcio CL. Aging in Indigenous Communities: Perspective from Two Ancestral Communities in the Colombian Andean–Amazon Region. J Cross Cult Gerontol. el 8 de junio de 2024;39(2):189–205.
5. Kaplan D, Wasserman M. Manual MSD. 2025 [citado el 26 de junio de 2025]. Efectos de los períodos de transición sobre los ancianos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/efectos-de-los-per%C3%ADodos-de-transici%C3%B3n-sobre-los-ancianos>
6. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. SEGG. 2016 [citado el 26 de junio de 2025]. Los cambios de hogar del mayor por vacaciones pueden causar problemas en su atención médica. Disponible en: <https://www.segg.es/institucional/2016/07/27/los->

cambios-de-hogar-del-mayor-por-vacaciones-pueden-causar-problemas-en-su-atencion-medica

7. Campillos M, Pardo G, Agudo S. El anciano golondrina en la consulta de atención primaria. *Medicina General* [Internet]. 2022 [citado el 26 de junio de 2025];49:877–9. Disponible en: [https://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista\\_49/pdf/877-879.pdf](https://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_49/pdf/877-879.pdf)
8. Lara RE, Velarde A, Mena M, Álvarez P. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente [Internet]. MSP, editor. Quito: MSP; 2011 [citado el 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>
9. Grela P. Los geriatras alertan de los problemas de salud de los «abuelos golondrina». 2016. *La voz de Galicia*.
10. García H, Lara-Machado J. CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE UNA ASOCIACIÓN DE JUBILADOS ECUATORIANA. CHAKIÑAN, REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES. el 21 de febrero de 2022;(17):95–108.
11. Vera M. Significado de la calidad de vida del adutlo mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2007 [citado el 26 de junio de 2025];68. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832007000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012)

12. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*. 2011;72:11–6.
13. Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio*. el 30 de abril de 2021;5(2):115.
14. Sánchez L, Sánchez F, Uranga A, Castellanos L. ¿Podemos asegurar la continuidad de la atención al anciano itinerante? Propuesta de un Informe de Salud. *Revista Especializada Geriátrica y Gerontológica* [Internet]. 2000 [citado el 27 de junio de 2025];35:43–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13006136>
15. Alonso P, Sansó F, Díaz A, Carrasco M. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2007 [citado el 27 de junio de 2025];33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010#cargo)
16. Pinargote G, Alcívar S. La familia en el cuidado de los adultos mayores. *Revista Cognosis*. 2020;V.
17. Fusté M, Pérez M, Paz L. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población* [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2025];14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782018000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012)
18. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023 [citado el 27 de junio de 2025]. Salud mental de los adultos mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

19. National Institute on Aging. NIA. 2024 [citado el 27 de junio de 2025]. Soledad y aislamiento social: Sugerencias para mantener las conexiones sociales. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
20. Molina Cevallos DS, Camino Acosta SA. La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS. el 12 de febrero de 2024;6(1):260–72.
21. Sanders D. Gente Saludable. 2019. residencias para adultos mayores ¿Cómo es la vida en las residencias para adultos mayores?