

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
PUCETEC**

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

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DIURNO SAN JUAN PABLO II DE IBARRA”.**

FERNANDA ESTEFANÍA LANDETA FLORES

TUTORA: LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

**IBARRA – ECUADOR
FEBRERO, 2024**

Ibarra, 06 de marzo del 2024

CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular, titulado: Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores del centro diurno san Juan Pablo II de Ibarra, presentado por la estudiante Fernanda Estefanía Landeta Flores con cédula de ciudadanía N° 1003737101, para obtener el Título de Tecnóloga Superior en Atención Integral a Adultos Mayores.

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

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

LANDETA FERNANDA_Informe FinalFEB24			
INFORME DE ORIGINALIDAD			
8%	6%	4%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS			
1	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante		3%
2	www.cecytcampeche.edu.mx Fuente de Internet		1%
3	bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083 Fuente de Internet		1%
4	scielo.isciii.es Fuente de Internet		1%
5	www.inclusion.gob.ec Fuente de Internet		1%
6	idoc.pub Fuente de Internet		1%
7	www.slideshare.net Fuente de Internet		1%

(f): 

Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando
TUTOR DE TRABAJO
C.C.: 0502929045

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

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

(f): 


Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando
DOCENTE TUTOR
C.C.: 0502929045

(f): 

Dr. Edison Patricio Vallejo Pasquel
LECTOR 1
C.C.: 1002978284

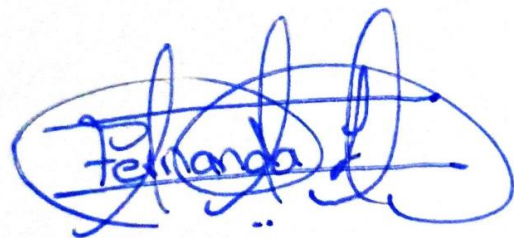
(f): 


Ms. María Cecilia Febres Asprino
LECTOR 2
C.C.: 1758602690

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

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

Ibarra, 06 marzo del 2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Fernanda', with several large, overlapping loops and flourishes extending from the name.

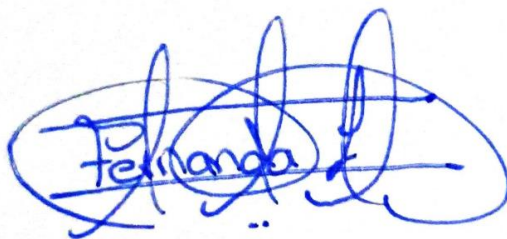
(f): _____

Landeta Flores Fernanda Estefanía

C.C.: 1003737101

AUTORIA

Yo, *Fernanda Estefanía Landeta Flores* autor, portadora de la cedula de ciudadanía N°1003737101, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autora, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.



(f):.....

Landeta Flores Fernanda Estefanía

C.C.: 1003737101

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor, esfuerzo y gratitud a Dios y a mis padres Edwin Landeta y Zulma Flores quienes nunca dejaron de confiar en mí, por toda la lucha que cada uno de ellos ha tenido que realizar para que yo ahora me encuentre en este instante de mi vida donde me voy a convertir en una profesional, por no dejarme caer nunca, por todos los valores inculcados, por ser mi ejemplo a seguir como luchadores y sobre todo por el amor y paciencia con la que me ayudaron semestre a semestre a salir adelante.

A mi familia por el apoyo constante a mis tíos, tías, primos, hermanos, abuelitas y a Marlon quienes con amor me enseñaron que en el camino se pueden presentar varios obstáculos pero que nunca estamos solos para poder cumplir nuestros sueños, que siempre estará la familia para hacerlos realidad.

A todos mis adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Juan Pablo II por formar parte de mi vida, por guiarme y aconsejarme siempre para lograr todo lo que me proponga, por su amor y apoyo esto es para ustedes.

Fernanda Landeta

AGRADECIMIENTO

El esfuerzo y dedicación colocado en mi diario vivir para cumplir las metas propuestas, se refleja en este trabajo de investigación, agradezco a mi tutora de tesis que, con paciencia, conocimientos, cuidado y guía me ayudó desde la fase inicial de mi proyecto. A Dios por brindarme los dones para poder avanzar cada semestre sin tropiezo alguno, y sobre todo a lo largo de la etapa de desarrollo y redacción, por conducirme por los senderos correctos y por bendecirme siempre en mi carrera estudiantil y en mi vida. A mis padres, el más grande agradecimiento por haberme brindado una de las herencias fundamentales en la vida, como es la educación, por el esfuerzo diario, por ser el pilar fundamental para que hoy me encuentre culminando una meta y un sueño propuesto, agradecerles este logro desde el fondo de mi corazón. Este proyecto de investigación es por y para ustedes padres queridos.

A toda mi familia por estar siempre ahí, en las buenas y malas, a los profesores que supieron plasmas en mí, sus conocimientos y consejos y sobre todo su don de gente.

Gracias a todos por su granito de arena.

Fernanda Landeta

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos de la investigación	5
1.2.1 Objetivo general:	5
1.2.2 Objetivos específicos:	5
1.3 Justificación	6
CAPÍTULO II ESTADO DEL ARTE	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Teórico	9
2.2.1 Adulto Mayor	9
2.2.2 Cambios en el proceso del envejecimiento	11
2.2.3 Factores del envejecimiento óptimo	13
2.2.4 Centros Gerontológicos de Atención Diurna	14
2.3 Estado de Salud	14
2.3.1 Definiciones	14
2.3.2 Características	15
2.4 Valoración Geriátrica Integral	16
2.4.1 Definición	16
2.4.2 Objetivos de la Valoración Geriátrica Integral	16
2.5 Esferas de la Valoración Geriátrica Integral	16
2.5.1 Esfera clínica	17
2.5.2 Esfera funcional	18
2.5.3 Esfera mental	20
2.5.4 Esfera social	21
2.6 Instrumentos utilizados para cada esfera	21
2.6.1 Ficha clínica KICA	21
2.6.2 SARCO – GS	22
2.6.3 Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja	22
2.6.4 KICA - COG	22
2.6.5 Yesavage	22
2.6.6 Escala de valoración sociofamiliar de Gijón	23
2.7 Base legal	23
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	25
3.1 Enfoque de la investigación	25
3.2 Nivel de la investigación	25

3.3	Tipo de investigación	25
3.4	Diseño de la investigación	25
3.5	Población	25
3.6	Muestra	26
3.6.1	Criterios de inclusión	26
3.6.2	Criterios de exclusión	26
3.6.3	Criterio de Eliminación	26
3.7	Técnicas	27
3.8	Instrumentos	27
3.8.1	Esfera Clínica	27
3.8.2	Esfera Funcional:	27
3.8.3	Esfera Mental	28
3.8.4	Esfera social	28
3.9	Validación de instrumentos	28
3.9.1	KICA ficha clínica y KICA-COG	28
3.9.2	SARCO-GS	29
3.9.3	Escala de incapacidad física de la Cruz Roja	29
3.9.4	Yesavage	29
3.9.5	Escala de valoración sociofamiliar de Gijón	29
3.10	Viabilidad ética	29
3.11	Presupuesto	30
3.12	Cronograma	31
	CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
4.1	Esfera clínica.	32
4.1.1	KICA ficha clínica.	32
4.2	Esfera Funcional:	38
4.2.1	SARCO-GS.	38
4.2.2	Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.	39
4.3	Esfera mental.	40
4.3.1	Escala KICA-COG.	40
4.3.2	Escala de Yesavage.	41
4.4	Esfera social.	42
4.4.1	Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.	42
5	CONCLUSIONES	43
6	RECOMENDACIONES	45
7	REFERENCIAS	46
8	ANEXOS	50

Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores del centro diurno San Juan Pablo II de Ibarra.

Autora: Fernanda Estefanía Landeta Flores

Tutora: Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando

RESUMEN

El estado de salud en la población adulta mayor es un factor que refleja todos los padecimientos comunes en las diferentes esferas como son clínica, funcional, mental y social que en varias ocasiones poseer un conocimiento a tiempo de este aspecto puede prevenir posibles complicaciones a futuro. La valoración geriátrica integral es un instrumento de gran ayuda en la identificación de las necesidades que tiene este grupo etario como es el caso del grupo de adultos mayores del centro gerontológico San Juan Pablo II a los cuales se aplicó las escalas para conocer en qué estado de salud se encontraban. El presente estudio tiene como objetivo general describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral. Presenta una metodología descriptiva con enfoque cuantitativo, no experimental y de campo conformada por una muestra no probabilística de 70 adultos mayores de 65 a 95 años de edad, los mismo que fueron sometidos a criterio de inclusión, exclusión y eliminación quedando una muestra de 60 adultos mayores a los cuales se les aplicó la ficha KICA clínica, SARCO-GS, escala de incapacidad física de la Cruz Roja, KICA-COG, Yesavage y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Esta población estudiada arroja datos importantes en cada esfera aplicada donde refleja que su estado de salud en la gran mayoría es satisfactorio y que los resultados arrojados ayudaran a nuevas investigaciones como una base sólida de antecedentes.

Palabras claves: Estado de salud, valoración geriátrica integral, esferas, adulto mayor.

Descriptive analysis of the health status of older adults at the San Juan Pablo II day care center in Ibarra.

Author: Fernanda Estefanía Landeta Flores

Tutor: Mgs. Lilian Anais Bastidas Obando

ABSTRACT

The state of health in the older adult population is a factor that reflects all common conditions in different spheres such as clinical, functional, mental and social, and on several occasions, having timely knowledge of this aspect can prevent possible complications in the future. The comprehensive geriatric assessment is a very helpful instrument in identifying the needs of this age group, as is the case of the group of older adults at the San Juan Pablo II gerontological center to whom the scales were applied to determine their state of health. health they were. The general objective of this study is to describe the health status of older adults through the measurement of the four spheres of comprehensive geriatric assessment. It presents a descriptive methodology with a quantitative, non-experimental and field approach made up of a non-probabilistic sample of 70 older adults between 65 and 95 years of age, who were subjected to inclusion, exclusion and elimination criteria, leaving a sample of 60 adults. older people to whom the clinical KICA Clínica, SARCO-GS, Red Cross physical disability scale, KICA-COG, Yesavage and the Gijón socio-familial assessment scale were applied. This population studied provides important data in each applied sphere, reflecting that the vast majority of their health status is satisfactory and that the results obtained will help new research as a solid background base.

Keywords: Health status, comprehensive geriatric assessment, spheres, older adults.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecer es natural y dentro de este existen aspectos tanto biológicos, socioculturales y fisiológicos que influyen en el estado salud óptimo de las personas adultas mayores. Se considera una persona adulta mayor cuando tiene los 65 años de vida o más, según la (Constitución del Ecuador, 2008) define a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria y vulnerable, es por esa razón el trato hacia estas personas debe ser de calidad.

El estado de salud de la población adulta mayor es un fenómeno alarmante, debido a que la mayor parte de este grupo refleja padecimientos comunes en sus diferentes esferas como son la esfera clínica, funcional, mental y social; ocasionado múltiples problemas que perjudican su autonomía en esta etapa de la vida (Medina, 2021).

Para remediar algunos de estos conflictos existe la valoración geriátrica integral que es una herramienta que ayuda a identificar las necesidades que tiene esta población, permitiendo conocer a tiempo los factores de riesgo y determinar los factores protectores a potenciar, específicamente para los grupos que asisten a centros diurnos, con el fin de lograr conocer el estado de salud real del envejecimiento (Sanjoaquín, 2021).

Los centros gerontológicos diurnos destinados para personas mayores son lugares que brindan servicios de guardería, estos están diseñados para que el acceso a ellos sea fácil y oportuno evitando así la institucionalización, el apartamiento o aislamiento, logrando promover un envejecimiento activo. La modalidad diurna, es un servicio que ofrece una atención a personas adultas mayores de lunes a viernes con horarios de 6 a 8 horas diarias, esta atención debe ser integral debido a que se debe estimular las capacidades propias del adulto mayor, brindar una alimentación saludable y nutritiva, brindar también rehabilitación y un espacio de recreación (MIES, 2018).

El presente estudio tiene como objetivo general describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral, para cumplir con este objetivo se fundamenta teóricamente la investigación mediante la revisión de fuentes confiables y la indagación documental para tener un mejor

conocimiento y organización, medir el estado de salud de las personas adultas mayores mediante la aplicación de los test correspondientes a las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral y para finalizar se analiza los datos obtenidos mediante la aplicación de las herramientas logrando así generar resultados confiables y actuales en relación a la población estudiada.

El problema de estudio en esta investigación aborda la situación actual del estado de salud en el cual se encuentra el adulto mayor debido a que al ser un sector vulnerable y con presencia de patologías puede conllevar a la presencia de discapacidad, pérdida de autonomía y dependencia lo que resulta preocupante al existir una mayor probabilidad de institucionalizaciones, deterioro cognitivo, depresión y mayor costo al sistema de salud, entonces una correcta prevención y aplicación de los test nos ayuda a determinar el factor estudiado.

En esta investigación se abordan varios temas iniciando por el capítulo I aquí se detalla la problemática del estudio donde se describe la situación actual, las causas, estado de salud donde se realiza el estudio, seguido por el contenido de los objetivos tanto general como los específicos y para culminar este apartado veremos la justificación donde se redactan las razones de la investigación. En el capítulo II se detalla el estado del arte con fundamento científico, los antecedentes y la base legal, en el capítulo III se presenta la metodología donde se especifica el tipo de investigación estudiada, la población y la muestra, en el capítulo IV se presenta el análisis de resultados mediante la aplicación de figuras las cuales ayudan a organizar e interpretar los resultados con relación a sus objetivos y para culminar se realizan las conclusiones, recomendaciones y anexo que verifiquen el cumplimiento de la aplicación de las escalas. El estudio cumple con el perfil de egreso de la carrera de Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores al estar involucrado en el proceso de investigación donde su objetivo es describir la situación actual del estado de salud de esta población.

Línea de la investigación: Vida digna y salud integral

Sublínea de investigación: Salud y grupos vulnerables

CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La gran cantidad de la población en el mundo vive más tiempo con relación a años pasados, representando esto una mayor esperanza de vida, pero el tener este factor no quiere decir tener un mejor envejecimiento, debido a que en la actualidad más del 80% de personas adultas mayores no presentan un estado de salud óptimo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Este factor va conjuntamente relacionado con el alto incremento de los factores de riesgo los cuales exceden en la incidencia de enfermedades, así como también en la presencia de discapacidades que afectan la funcionalidad, y esto se debe a la falta de un estilo de vida saludable (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En relación con los países que se encuentran en vías de desarrollo como es el caso de Latinoamérica, se ve reflejado que el estado de salud de este grupo etario está relacionado a factores de riesgo que se encuentran en los entornos sociales, educativos y económicos lo que provoca aumentos en las enfermedades y por ende denota una baja probabilidad de alcanzar una vejez positiva (Rodríguez et al., 2019).

El cambio en la distribución poblacional evidencia que la población está cada vez más envejecida provocando un gran reto para la sociedad, para el estado y para la sociedad en general, por tanto, se debería solventar y garantizar los sistemas de salud, así como también la asistencia social.

En el Ecuador tan solo un 25% de las personas adultas mayores son afiliadas al IESS, mientras que un 75% recibe atención en el Ministerio de Salud Pública pero este sector en varias ocasiones no logra solventar las necesidades de esta población a pesar de ser un grupo prioritario y vulnerable lo que provoca un deterioro en el estado de salud (Álvarez et al., 2020).

La presencia de múltiples patologías en este país genera la pérdida de la funcionalidad y por tanto de su calidad de vida, factores como la inactividad física, problemas sociales y mentales pueden ocasionar la dependencia de este grupo etario.

Existen proyectos sociales que manejados por instituciones tanto públicas como privadas alrededor de todo el país que están enfocadas en la atención a personas adultas mayores mediante varias modalidades de atención, dentro de estas se encuentran los centros diurnos donde hace casi cinco años los instrumentos de evaluación no han sido actualizados y esto puede traer consigo una repercusión en la valoración actualizada ya que no se conoce el estado de salud real de los adultos mayores.

En la actualidad las personas adultas mayores son consideradas como frágiles o dependientes generando un malestar al ser vistas como una carga para la sociedad y para su familia como tal, aunque es una idea errónea, se debe enfrentar estas y otras actitudes edadistas que llevan consigo la discriminación y una baja creación de oportunidades, por otro lado, un mal manejo de las patologías hace que la dependencia se vuelva una realidad en este grupo etario (Torres et al., 2019).

Si no existiera la valoración geriátrica integral, no se podría realizar un manejo adecuado ni mucho menos analizar la presencia de síntomas atípicos y síndromes geriátricos que son factores que perjudican la independencia en esta población, cuando no se tiene un manejo adecuado del plan integral produce una probabilidad mayor de institucionalizaciones, deterioro cognitivo, depresión y mayor costo al sistema de salud; situaciones que se podrían provenir a tiempo con una adecuada valoración geriátrica integral (D´Hyver de las Deses, 2020).

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general:

- Describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral, en un Centro Gerontológico de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura dentro del periodo octubre 2023 a febrero 2024.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Fundamentar teóricamente la investigación mediante la revisión de fuentes confiables y la indagación documental para tener un mejor conocimiento y organización.
- Medir el estado de salud de las personas adultas mayores mediante la aplicación de los test correspondientes a las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral.
- Analizar los datos obtenidos mediante la aplicación de las herramientas logrando así generar resultados confiables y actuales en relación con la población estudiada.

1.3 Justificación

Un elemento clave para que exista una calidad de vida adecuada para este grupo etario es saber identificar a tiempo las patologías que pueden afectar en la funcionalidad, otros factores como la situación económica, física, mental y social influyen en el desarrollo de las enfermedades, por tanto la aplicación de la valoración geriátrica integral es una herramienta fundamental para la evaluación del estado de salud y de la realidad en la que viven los adultos mayores de cierta población establecida, hablar de igual manera del bienestar, de sus necesidades y de los beneficios que esto traerá a su estado de salud.

Ante esta realidad este estudio busca brindar un impacto significativo y sobre todo positivo ya que se permite conocer el estado actual en el cual se encuentra este grupo etario, estos resultados poseen gran relevancia para futuras investigaciones dando paso a la realización de planes estratégicos que ayuden a mejorar su estado de salud, convivencia y a disminuir los factores de riesgo, que repercuten en la grave dependencia y aparición de enfermedades; además de que los resultados obtenidos pueden ser vistos como una base para la creación de políticas y programas de salud gracias a la obtención de datos reales a su situación actual.

En esta investigación los beneficiarios principales son los adultos mayores del centro diurno, y de la misma manera los profesionales y docentes de este gran proyecto que podrán hacer uso de la información como una herramienta para la creación de estrategias y para resolver ciertas necesidades específicas.

Permitiendo la identificación temprana de posibles problemas evitando complicaciones a futuro que afecten su autonomía, su estado de salud y su calidad de vida.

Es importante considerar como herramienta principal la valoración geriátrica integral donde se involucran ciertas escalas de valoración específica como son la ficha clínica KICA, SARCO-GS, escala de incapacidad física de la Cruz Roja, KICA-COG, Yesavage y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón; abarcando así las esfera clínica, funcional, mental y social.

CAPÍTULO II ESTADO DEL ARTE

3.2 Antecedentes

El proceso de envejecer se ha vuelto un asunto de relevancia en la comunidad científica, sin embargo, la población en general no presenta mayor atención y comprensión a este grupo poblacional, provocando que exista un envejecimiento insatisfactorio.

La OMS se enfoca en los determinantes de la salud aquí se resalta el estilo de vida, menciona que poseer un envejecimiento activo ayuda a crear oportunidades en cuanto a la salud estos hábitos actualmente están disminuidos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La OMS y la Asamblea General de la ONU en el año 2020, hicieron una declaración al atribuir que esta década es donde prevalece el envejecimiento saludable tratando de implementar objetivos que estén relacionado en la construcción de una sociedad que incluya estrategias para todos los grupos etarios.

En cambio, Ecuador, a nivel de latino América, se constituyó como uno de los primeros países de la región en difundir una normativa especial y específica a favor de las personas adultas mayores como es la Ley del Anciano que se dio el año 2006 (Constitución de la República del Ecuador, 2006) y actualmente maneja su actualización denominada Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (Ley Orgánica de las personas adultas mayores, 2019).

Los programas existentes en nuestro medio están enfocados a este grupo poblacional donde la entidad que asume el rol de rectoría como es le MIES debe verificar y garantizar una atención eficaz y oportuna a estos servicios que son sustentados en normas y estándares de alta calidad, donde existen protocolos de calidez y buen trato. Además, el estado ecuatoriano implementó políticas de inclusión económica y de movilidad social que son concretados en los proyectos antes mencionados mismos que ayudan a reducir los índices de pobreza, inseguridad e indefensión.

La creación de centros diurnos garantizan que exista un envejecimiento positivo, un estudio realizado en Chile nos relata que es necesario implementar centros diurnos para adulto mayor que permitan mejorar su funcionamiento, aquí se plantean objetivos claros

donde involucrar al adulto mayor, a los cuidadores y profesionales a que participen en más investigaciones, este tipo de proyectos con propósitos de diseñar recomendaciones para mejorar la calidad de vida, es de tipo descriptivo con 30 participantes donde arroja resultados favorables mejorando la funcionalidad, permitiendo un aumento del bienestar y un grado mayor de inserción social, recomendando a estos centros como los mejores para el cumplimiento de criterios de inclusión, flexibilidad y de una gran diversidad de actividades (Leiva et al., 2020)

Por otro lado existen investigaciones que evalúan la calidad de vida en adultos mayores que participan en centros diurnos donde su objetivo es conocer la calidad de vida de este grupo etario en participantes de Santiago de Chile, este estudio es longitudinal, prospectivo con una muestra de 35 adultos donde la calidad de vida se midió con el instrumento de la OMS abreviada, los resultados de los datos son de forma descriptiva y con el test de la t de Student, donde nos da como resultado que existe un aumento significativo en cuanto a su calidad de vida después de participar en estos centros que brinda una intervención integral (Leiva et al., 2020).

Conocer la situación de la población nos orienta a que en Ecuador en el año 2018 existió alrededor de 1.221.000 personas mayores a nivel nacional, evidenciando un aumento anual. Para el año 2020 donde se visualizó que hay un crecimiento a 1.310.000 adultos mayores, lo cual implica que un gran número de personas de este rango etario representa un incremento del 11% en tan solo 3 años y un crecimiento del 33% desde el año 2010 (MIES, 2018).

El bienestar así como el estado de salud son factores planteados por el MIES determinados como ejes indispensables para mejorar, mantener o conocer la calidad de vida de este grupo etario, aquí se analiza el tipo de afección funcional provocada por enfermedades que cada individuo presenta, la encuesta SABE refleja que uno de cada tres personas mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica, así como también, existe una alta cantidad de trastornos visuales, auditivos, que alteran negativamente en la calidad de vida y a su vez en el funcionamiento diario.

Las enfermedades crónicas, su frecuencia o severidad que tienen una frecuencia mayor en Ecuador en la población adulta mayor son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hiperplasia prostática y problemas respiratorios siendo estas las que causan una morbimortalidad en este grupo etario, de igual manera manifiestan que a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias patologías al mismo tiempo.

Conocer la diferencia entre dependencia y discapacidad es la clave para conocer de que trata la funcionalidad aquí hace hincapié que las discapacidades pueden ser deficiencias físicas, mentales, intelectuales o a su vez sensoriales en un largo plazo pudiendo impedir que la participación sea efectiva en la sociedad, mientras que la dependencia se genera cuando el individuo posee dificultad para realizar actividades de la vida diaria de modo permanente (Forttes, 2020).

3.2 Marco Teórico

2..1 Adulto Mayor

2..1.1 Definiciones.

Envejecer representa un proceso natural y universal donde existen aspectos tanto fisiológicos, socioculturales y biológicos. Es considerada una persona adulta mayor al cumplir los 65 años de vida o más según la Constitución del Ecuador también los agrupa como dentro de la atención prioritaria y vulnerable con el derecho de acceder a una atención especializada en sectores tanto públicos como privados, en especial en los campos de inclusión social y económica, este grupo poblacional posee en su gran mayoría patologías comunes a lo largo de su ciclo de vida (Pita, 2021).

Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal, único y heterogéneo donde existen múltiples factores que pueden influir en él. Es importante destacar que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones biogeográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas (Martínez et al., 2018).

Los factores que tienen más predominio en este grupo etario son la carga genética y biológica, nivel educativo, como son sus respuestas de adaptación al estrés y medio ambiente,

los hábitos y exposiciones ambientales y la morbilidad, logrando considerarlos como indicadores del estado de salud y a su vez como factores de riesgo al consumo de alcohol, tabaco y falta de actividad física (Forttes, 2020).

2..1.2 Clasificación por edades.

La población adulta mayor va en aumento permitiendo tomar en cuenta los periodos de edad los mismo que son denominados desde un punto de vista tanto cronológico como semántico, por consiguiente, la importancia de su clasificación se entiende de la siguiente manera según la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA)

- Adultos Mayores Maduro: 65 hasta los 74 años.
- Adultos Mayores: 75 hasta los 84 años.
- Ancianos Mayores: 85 hasta los 89 años.
- Nonagenarios: 90 a 99 años.
- Centenarios: de 100 años en adelante

2..1.3 Tipos de Envejecimiento.

Se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

2..1.3.1 *Envejecimiento ideal.*

Se determina por tener factores de riesgos bastante bajos y a su vez refiere un estado de estado de salud muy bueno. El adulto mayor tiene la capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria, es autónomo e independiente y sobre todo no posee enfermedades crónicas, no presenta un deterioro cognitivo y su salud es buena, no presenta hábitos tóxicos como fumar o beber (Organización Mundial de la Salud, 2022).

2..1.3.2 *Envejecimiento activo.*

Este envejecimiento tiene un estado de salud bueno de igual manera contiene factores de riesgo de medios a bajos. El adulto mayor posee una enfermedad crónica, tiene un estado de salud bueno, puede encontrarse con dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria, pero sigue siendo independiente, sin alterar su estado cognitivo (Forttes, 2020).

2..1.3.3 *Envejecimiento habitual.*

Refleja un estado de salud regular, cuenta con factores de riesgo de medios a altos. Estas personas pueden poseer más de una enfermedad crónica, ya presentan limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y presentan una incapacidad funcional, pueden seguir independientes y presentar un deterioro cognitivo leve o ninguno (Aranco et al., 2018).

2..1.3.4 *Envejecimiento patológico.*

Presenta un estado de salud malo con un riesgo elevado. En este envejecimiento tienen varias enfermedades crónicas, una muy mala autopercepción de su salud, ya presentan hallazgos de deterioro cognitivo, presenta discapacidad y una dependencia severa (Fortes, 2020).

La fragilidad se caracteriza por ser un síndrome geriátrico donde refleja signos como la lentitud de la marcha, una mala nutrición, baja resistencia y debilidad. El estado de salud tiende a estar acompañado de discapacidad combinándose con varias enfermedades que agrava su salud y los vuelve más vulnerable (Martínez et al., 2018).

2..2 *Cambios en el proceso del envejecimiento*

Existen cambios a nivel de varios aspectos como son:

2..2.1 *Cambios biológicos.*

Al transcurrir los años existe un desgaste en la capacidad del organismo en cuanto a la regeneración de células, estos cambios que se dan en el organismo producido por el envejecimiento hacen referencia a una lesión ocurrida en la existencia de patologías. Las células del organismo ya sea por factores exógenos estos pueden ser agentes físicos, químicos y biológicos también por factores endógenos donde se involucra las neoplasias, autoinmunidad y los trastornos genéticos que hacen que se tenga una respuesta insuficiente de la célula o una inadaptación de la célula, esto genera que el organismo entre en vulnerabilidad (Albala, 2020).

2..2.2Cambios físicos.

En el transcurso del tiempo el organismo envejece y trae consigo cambios cardiovasculares, patológicos en el aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genitourinario, o también existen cambios en la boca y dientes, existen cambios en los órganos sensoriales resultando una disminución en la agudeza visual y auditiva, la piel también sufre daños y enrojecimiento, acompañada de una mayor lentitud psicomotriz lo que trae consigo que tengo un riesgo en la salud del individuo (Martínez et al., 2018).

2..2.3Cambios psíquicos.

Las capacidades intelectuales van decayendo con el pasar de los años, desde los treinta años existe ya un declive en las mismas logrando un aceleramiento con la vejez aquí existe una pérdida de la capacidad para resolver problemas. Un dato importante en estos cambios son que disminuyen la capacidad de lenguaje y de expresión, pero la creatividad y la imaginación están conservadas. La memoria también sufre alteraciones y a veces suelen estar acompañadas de amnesia focalizada en el tiempo. La personalidad y su carácter no suelen alterarse, siempre y cuando no existan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación puede disminuir por el miedo a las ante las situaciones que se desconoce (Organización Mundial de la Salud, 2022).

2..2.4Cambios sociales.

En la vejez es frecuente encontrar un cambio de rol, aquí se encuentran tres dimensiones y también es latente observar que en su última etapa de vida se tenga la conciencia de que la muerte está cerca. Esta perspectiva cambia en base a que envejecemos. Dentro de los aspectos del desarrollo individual aceptar la muerte es un dato importante ya que es vivida por los adultos mayores como una liberación, manifestándose como el final del proceso de vivir ya sin preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa aceptada mejor que tener un deterioro o una enfermedad.

Pero también existe el otro lado de la moneda donde los adultos rechazan a la muerte tomándolo con temor y angustia, la persona adulta mayor es un integrante del grupo familiar que cambia también dependiendo con quien viva. Las etapas de relación que mantienen con

sus hijos y nietos pasan por distintas fases como son cuando el adulto mayor es independiente y ayuda a los hijos, la siguiente etapa cuando tiene problemas de salud y ahí los roles se invierten. La ancianidad se caracteriza por las pérdidas sean estas afectivas por la muerte de un cónyuge o un amigo lo que provoca una gran presión emocional y aparece la soledad siendo este muy difícil de superar (Albala, 2020).

Y dentro de todas estas características están los factores que aparecen en el envejecimiento óptimo.

2.3 Factores del envejecimiento óptimo

2.3.1 Factores físicos.

Entre los factores que ayudan a tener un envejecimiento activo son cuidar la salud física incluye mantenerse activo realizar 150 minutos por 5 días y 2 días de ejercicios de fuerza, escoger alimentos saludables consumir más proteínas, minerales, vitaminas y menos carbohidratos, dormir lo suficiente, limitar su consumo de alcohol y cigarrillo y a su vez participar activamente en su atención médica (Albala, 2020).

2.3.2 Factores Psicológicos.

Los factores psicológicos que se trabajan cuando existe un envejecimiento activo estos se encuentran influenciados por la personalidad, como regula las emociones y como son sus estilos para afrontar generando un determinado grado de bienestar. A pesar de la gran cantidad de pérdidas y amenazas que se evidencia en la vejez, se mantienen los niveles de bienestar y satisfacción. Esto puede suceder al no poner en práctica los recursos y estrategias para afrontar con la experiencia adquirida que facilita esta adaptación a las pérdidas existentes (Albala, 2020).

2.3.3 Factores sociales.

Los factores sociales hacen referencia a la promoción de proyectos donde haya la inclusión a este grupo etario brindando una atención sanitaria adecuada con ayudas sociales al poseer una vivienda digna, que exista integración social y desarrollo de actividades para adultos mayores.

En este sentido, la sociedad tiene la obligación de proporcionar a las personas mayores oportunidades para ser **independientes, productivos y disfrutar de buena salud** (Albala, 2020).

Para cumplir con estos aspectos se han creados centros que motiven al envejecimiento activo y positivo.

2..4 Centros Gerontológicos de Atención Diurna

Los centros gerontológicos de atención diurna son servicios que prestan atención durante el día su objeto es evitar la institucionalización, segregación o aislamiento que no permita promover el envejecimiento positivo. Mediante el conjunto de acciones que la Norma Técnica presenta, se busca garantizar la prevención, protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor, y por consiguiente la creación de estos servicios de atención (MIES, 2018).

Esta modalidad tiene como objetivos enfocarse a brindar una atención integral que ayude a mejorar o mantener la capacidad funcional y mental de los usuarios hasta donde sea posible, a esto se le suma alternativas como la participación en terapias y programas adecuados que otorguen un ambiente confortable, seguro, limpio, y a su vez con un pilar fundamental como es brindar una alimentación sana, equilibrada, variada, respetando la capacidad de elección y dietas especiales que posee cada uno de los usuarios de la presente modalidad.

3.2 Estado de Salud

2..1 Definiciones

2..1.1 Estado de Salud en las PAM.

Las afecciones más comunes en la vejez pueden ser la pérdida de audición, cataratas, dolores lumbares, artritis, artrosis, osteoartritis, diabetes, depresión y demencia. Esta etapa de la vida suele estar caracterizada por la aparición de síndromes geriátricos como la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, delirium y las úlceras por presión entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Se puede decir que las personas adultas mayores poseen un estado de salud óptimo al existir la presencia de características positivas en sus cuatro esferas tanto clínica, funcional, mental y social; mismas que pueden ser mejoradas o potenciadas mediante una correcta Valoración geriátrica integral

Gráfico 1.

Estado de salud.



Nota: Características del estado de salud tomado de MIES, 2021.

2..2 Características

El estado de salud esta caracterizado por una serie de características que confluyen en los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y de modo especial en la forma de presentar las enfermedades por tanto es fundamental poseer un sistema específico de valoración.

En esta población existe la prevalencia de tener alteraciones que no han sido diagnosticadas, de la falta de identificación en las disfunciones potencialmente reversibles, y que no son susceptibles con una valoración clínica, se hace necesario realizar un diagnóstico que permita detectar y cuantificar los principales problemas, necesidades y capacidades de la persona adulta mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social, para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de lograr el mayor grado de independecia y de su calidad de vida (Martínez et al., 2018).

La población adulta mayor necesita de actividades que ayuden a fomentar el envejecimiento activo y positivo que es una de las principales estrategias para el

mantenimiento de las funciones o capacidades y permitan reducir un porcentaje la dependencia con la ayuda de herramientas como es la VGI se puede prevenir y mantener un óptimo estado de salud.

3.2 Valoración Geriátrica Integral

2..1 Definición

La valoración geriátrica integral es una herramienta multidisciplinaria diseñada para detectar a breves rasgos que tipos de problemas, capacidades y necesidades posee el adulto mayor en sus diferentes esferas sean estas clínicas, funcionales, mentales y sociales. Los instrumentos que se utilizan para su valoración son diversos y dependen de la finalidad del estudio y de la población a tratar (Álvarez et al., 2020).

2..2 Objetivos de la Valoración Geriátrica Integral

Los objetivos de VGI son:

- Obtener una precisión en el diagnóstico basado en las cuatro esferas.
- Descubrir que tipos de problemas son tratables y no fueron diagnosticados con anterioridad.
- Mejorar tanto funcional como cognitivamente al adulto mayor.
- Que tengan una mejora en la calidad de vida.
- Saber que tipos de recursos tiene el paciente y su entorno sociofamiliar.
- Cubrir las necesidades en el entorno médico y social reduciendo la dependencia y así reducir los ingresos y hospitalizaciones (MIES, 2021).

La correcta valoración de un adulto mayor incluye aspectos importantes, como la historia clínica, examen físico y escalas de valoración específicas. Estos instrumentos ayudan a detectar y monitorear problemas, al igual que la comunicación entre los profesionales de la salud que atienden al adulto mayor (Sanjoaquín, 2021).

3.2 Esferas de la Valoración Geriátrica Integral

Dentro de la VGI tenemos esferas que se encargan de varios aspectos de este grupo etario como son:

2..1 Esfera clínica

Permite conocer la presencia de sintomatología atípica, síndromes geriátricos, antecedentes médicos, cambios fisiológicos, entre otros (Sanjoaquín, 2021).

Debe incluir elementos de una evaluación clínica tradicional, como una entrevista, un examen físico y pruebas adicionales. La entrevista puede ser más compleja y larga y debe ser confirmada por el cuidador principal o el especialista que lo esté tratando, esto se aplica al historial médico actual y personal (Medina, 2021).

El envejecimiento fisiológico hace que exista una elevada incidencia de enfermedades y esto viene acompañado con aspectos funcionales, que favorece a tener una incapacidad.

En la entrevista realizada es importante recalcar preguntas como: ¿Viene solo o acompañado? ¿Motivo de consulta? ¿el padecimiento es crónico o agudo? ¿quién lo comunica? Se debe estar alerta a las prioridades del paciente como por ejemplo si llegó a pie, con ayudas técnicas, camina bien o no, se encuentra en buena posición, se levanta solo, subir o bajar de las gradas entre otras cosas (Domínguez & García, 2023).

En la evaluación clínica un mal control en la evaluación de síntomas perjudica la evaluación y por ende la calidad de vida provocando que el adulto mayor pierda la capacidad de estar con familiares y amigos, por esta razón, se debe realizar un manejo adecuado incluyendo los controles del dolor, la presencia de náuseas, vómitos, disnea, tos, estreñimiento, obstrucción intestinal y úlceras por presión, que son importantes en el tratamiento integral (Ocampo et al., 2021).

2..1.1 Anamnesis.

Es una herramienta de información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico. Realizar una anamnesis en algunas ocasiones suele ser complicado debido a los problemas de comunicación o al déficit auditivo y visual, a esto se suman los posibles deterioros sean estos intelectuales y psicomotriz y a la dificultad de realizar entrevistas completas o largas.

Es probable que se requiera de algunas entrevistas clínicas que permitan completa la

VGI. Es frecuente encontrarse delante de múltiples quejas y una descripción vaga de los síntomas (D'Hyver de las Deses, 2020).

2..1.2 Exploración física.

Se inicia con una inspección exhaustiva del aspecto, cuidado, aseo y colaboración. Se toman los signos vitales como la temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y de igual forma la toma de datos antropométricos como peso y talla, entre otros (D'hyver De Las Deses, 2020).

2..2 Esfera funcional

Permite conocer la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) como: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación y las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) como: el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero, tenemos también en este grupo las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso (Domínguez & García, 2023).

Para recoger información acerca de las capacidades del adulto mayor se debe conocer bien las actividades de la vida diaria que ayuden a mantener su independencia en el entorno en el que habita (Sanjoaquín, 2021).

2..2.1 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Se relacionan con seis aspectos como son: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria, estas actividades favorecen a que los patrones de percepción de salud hagan el mantenimiento adecuado (García, 2021).

2..2.2 Actividades instrumentales de la Vida Diaria (ABVD).

Las AIVD tienen un mayor sesgo cultural, se las relaciona con el entorno, y son un medio para obtener información de la funcionalidad del adulto mayor, estas actividades

suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz donde se ven implicadas los sistemas de comunicación como el escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria, el uso de medios de transporte que ayudan al mantenimiento de la salud incluye actividades como el manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar (Ocampo et al., 2021).

2..2.3Fragilidad.

Es un estado clínico que se asocia a la edad donde existe una disminución de la reserva fisiológica y en la funcionalidad de órganos y sistemas, lo que resulta en una mayor dependencia. Se asocia con tener mayor riesgo a caídas, peor recuperación o secuelas, hospitalización, institucionalización o la muerte. Se la relaciona con una progresión a discapacidad o dependencia si no es tratada a tiempo (Hernández et al., 2020).

2..2.4Sarcopenia.

Se caracteriza por presentar la pérdida de masa, fuerza y funcionamiento de los músculos en los adultos mayores. Existen signos y síntomas de alarma para esta enfermedad que incluyen debilidad, cansancio, falta de energía, problemas de equilibrio y dificultades para caminar y mantenerse de pie. Perder la masa muscular y que esto lleve a la debilidad y resulte de esto las caídas es lo más preocupante puesto que puede existir la rotura de huesos y otras lesiones graves afectando la capacidad de la persona (Rosas et al., 2023).

La capacidad funcional del adulto mayor está ligada con el estado de salud dentro su medio y el apoyo social. La evaluación funcional es necesaria para determinar la evaluación clínica, el pronóstico y la planificación del tratamiento. La funcionalidad del adulto mayor marca su calidad de vida, bienestar, ubicación y necesidad de apoyo social (Ocampo et al., 2021).

La finalidad de una evaluación funcional es describir el estado de salud e identificar áreas de déficit, tomar decisiones de diagnóstico y tratamiento sea individual o colectivo de forma colaborativa, identificando la enfermedad, monitoreando el progreso y estableciendo pronósticos y expectativas (Medina, 2021).

Se recomienda que la valoración funcional se realice con instrumentos validados que

tengan un diagnóstico más veras detectando problemas leves, aumentando la objetividad en la medición, como también la fiabilidad. Es conocido que en los Adultos mayores el deterioro funcional puede llegar a ser un predictor fiable de mortalidad muy independientemente de los diagnósticos clínicos dados (Ocampo et al., 2021).

2..3 Esfera mental

Está compuesta por dos áreas cognitiva y afectiva. La parte cognitiva depende de varios factores, donde están involucrados los factores orgánicos, psicosociales, las patologías como la hipertensión, diabetes, tiroides y la más frecuente la depresión (Pita, 2021).

Esta esfera ayuda a comprender las diversas patologías o alteraciones a nivel afectivo y cognitivo, son áreas que dependen de factores psicosociales, enfermedades, polifarmacia y algunas alteraciones de los órganos de los sentidos (Domínguez & García, 2023).

Existen diversas áreas intelectuales que están involucradas como son: el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, la comprensión y sobre todo la resolución de problemas que tiene como objetivo identificar el deterioro cognitivo afecte la capacidad de los adultos mayores para ser independientes. Hay varias herramientas de evaluación cognitiva y afectiva.

Las pruebas ayudan a detectar trastornos leves y moderados, lo que permite un diagnóstico temprano y una intervención eficaz, cabe mencionar que las pruebas de detección son únicamente estimaciones aproximadas de que un paciente tenga una función cognitiva deteriorada, por lo que un resultado positivo debe ser confirmado por evaluaciones neuropsicológica (Domínguez & García, 2023).

2..3.1 Área cognitiva.

La parte cognitiva se basa en factores de percepción, concentración, calculo entre otras, que pueden estar ligadas con patologías, polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos. Es indispensable la identificación de estos factores de riesgo y otros asociados, podría ser una forma de identificar al adulto mayor con fragilidad cognitiva (Medina, 2021).

2..3.2 Área afectiva.

En esta área se encuentran los valores afectivos que determinan las actitudes y personalidad a partir de sentimientos y emociones. Estos valores buscan satisfacer las necesidades afectivas a través de las demostraciones de amor que ofrecen y reciben (Sanjoaquín, 2021).

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente existe una mayor frecuencia en mujeres que en hombres y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida.

El diagnóstico aparece en ocasiones en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas (García, 2021).

2..4 Esfera social

Evalúa la situación en la cual se encuentra actualmente el adulto mayor, describiendo su entorno familiar, su situación socioeconómica, el aspecto sociodemográfico y también su relación con sus cuidadores y su red de apoyo, factores que están estrechamente relacionados con su estado de salud (Medina, 2021).

Examina aspectos como: dónde vive, con quién, características de la casa habitada, ubicación geográfica, relaciones e integración social como: la convivencia entre amigos, su entretenimiento, las actividades culturales, los clubes a donde pertenece grupos, el nivel de ingresos, la jubilación, cambios en la salud entre otros (Domínguez & García, 2023).

3.2 Instrumentos utilizados para cada esfera

El instrumento a utilizar en la esfera clínica es el siguiente.

2..1 Ficha clínica KICA

Contiene información como datos de filiación, datos informativos y situacionales, el lugar de la entrevista y el nombre del entrevistador, de igual manera se anotan datos del cuidador o de su familiar son partes importantes para la evaluación introductoria de esta población (Feldberg, 2020).

Los instrumentos a utilizar en la esfera funcional son los siguiente:

2..2 SARCO – GS

Ayuda a conocer la presencia de sarcopenia reflejando características en cuanto a la pérdida de cantidad y calidad del músculo y baja fuerza muscular determinando si existe una disminución en la parte funcional del adulto mayor.

Comprende 5 ítems como son: la velocidad de la marcha, fuerza muscular y cantidad de masa muscular, así también como dos mediciones objetivas de fuerza muscular y cantidad de masa muscular como son: la prueba de levantarse de la silla y circunferencia de pantorrilla (Rosas et al., 2023).

2..3 Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Es la escala probablemente la más implicada el entorno de adulto mayor ya que evalúa la movilidad y el control de esfínteres y de una manera genérica, la capacidad que tiene en el autocuidado a los pacientes, está clasificada en seis grados de incapacidad (Cabrera, 2021).

Los instrumentos a utilizar en la esfera mental son los siguiente:

2..4 KICA - COG

Realiza una detección temprana de un deterioro cognitivo avanzado donde incluye aspectos como la orientación, memoria, lenguaje y la fluidez verbal, cuando su puntuación es baja es importante derivar a un médico el cual determine o descarte una posible demencia, este tipo de test se desarrolló con la ayuda de varios miembros y organizaciones de la comunidad como una respuesta a las necesidades de los indígenas australianos adultos que viven en áreas rurales y remotas (Tartaglini et al., 2021).

2..5 Yesavage

Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la Escala de Depresión de Yesavage, que comprende 30 ítems; existe una versión abreviada de 15 ítems, que es la más recomendada para tamizaje es usada para determinar una posible depresión (Domínguez & García, 2023).

El instrumento a utilizar en la esfera social es el siguiente.

2..6 Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Permite detectar en qué situación de riesgo o problemática social se encuentra el adulto mayor, detallando su situación familiar, económica, relaciones, apoyo social y vivienda en este test se recogen ítems mediante entrevista semiestructurada, puede realizar las preguntas al cuidador.

Luego se suman los resultados parciales de cada ítem obteniéndose una puntuación global para el conjunto de la escala (García, 2021).

3.2 Base legal

Tener una base legal donde el adulto mayor se sienta respaldado es de suma importancia ya que sus derechos pueden estar siendo vulnerados por terceras personas. Además, al comprender el tratamiento histórico del envejecimiento y la vejez a través de las distintas políticas públicas planteadas, nos demuestra la evolución y trascendencia que este tema ha adquirido en la época contemporánea.

Actualmente existen entidades encargadas del cumplimiento de las políticas públicas del adulto mayor, como así también instituciones ya establecidas que cuentan con un conjunto importante de instrumentos jurídicos, que reconocen y protegen los derechos y las libertades de todas las personas, como por ejemplo las Naciones Unidas.

Para que los adultos mayores tengan una calidad de vida se aplican políticas públicas que están relacionadas estrechamente con los procesos de inversión y gestión social, respaldadas por la Constitución de 2008, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional del Buen Vivir, cuyo objetivo es el de garantizar la protección y promoción de los derechos universales (Gutiérrez, 2014).

A razón de esta normativa, el ente que aplica e implementa políticas públicas destinadas a atender a la población adulta mayor en todas sus necesidades en el Ecuador, es el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (Gutiérrez, 2014).

Los Estados presentan responsabilidades en cuanto a diseñar e implementar políticas públicas orientadas a la salud brindando una atención integral donde haya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, así como en los cuidados paliativos para

que disfruten de su última etapa de vida acompañado de un bienestar, físico, mental y social (Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2015).

Existen características que se sugieren como son:

- El estado debe asegurar la atención preferencial, un trato equitativo y oportuno los servicios integrales de salud en cualquiera de sus niveles de atención.
- Fomentar un envejecimiento activo y saludable mediante políticas públicas, planes y estrategias.
- Fomentar políticas públicas que hablen de la salud sexual y reproductiva de la persona mayor, al igual que garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad.
- Promover el desarrollo de servicios especializados para atender a la persona mayor con enfermedades con dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.
- Garantizar que las personas mayores tengan el acceso a la información existente en sus expedientes personales, sean físicos o digitales.

Por otro lado, la Asamblea Nacional del Ecuador estableció en el año 2019 la Ley Orgánica del Adulto Mayor la cual contiene artículos orientados en la atención y prestación de servicios, garantías y derechos de la salud integral del adulto mayor. Esta ley garantiza al adulto mayor una calidad de vida asegurando el acceso a bienes, solventando adecuadamente las necesidades tanto materiales como sociales del adulto mayor (Gutiérrez, 2014).

El Estado desarrollará políticas públicas que optimicen la participación de las personas mayores, con especial énfasis en actividades de promoción de la salud mental, salud sexual y reproductiva, nutrición, actividad física y recreativa en la población adulto mayor (Gutiérrez, 2014).

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la investigación

La investigación posee un enfoque **cuantitativo** a causa de la recopilación de datos para extraer resultados y conocer el estado actual de salud que cuentan los adultos mayores, mediante la aplicación de diversos test de cada esfera lo que nos permiten medir las problemáticas, mismas que son observadas sin que exista modificaciones en su entorno.

3.2 Nivel de la investigación

De igual manera al analizar qué nivel tiene esta investigación denota un nivel **descriptivo** debido a que se centra en la identificación y explicación del estado de salud del adulto mayor en las diferentes esferas de valoración, para así, en un futuro ayudar a conocer las necesidades y los tipos de intervención, que son necesarios realizar para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

3.3 Tipo de investigación

Del mismo modo refleja un tipo de investigación **de campo** esto se debe a que los datos recopilados son tomados en el lugar donde se suscitan los acontecimientos donde nos refleja la realidad de cada adulto mayor que forma parte de este estudio; es de **tipo transversal** ya que se posee un tiempo establecido donde se realiza la investigación que comprende desde octubre 2023 a febrero 2024.

3.4 Diseño de la investigación

Tiene un diseño **no experimental** ya que únicamente se recopilan datos y estos no tienen cambio ni manipulación en esta investigación.

3.5 Población

La población que se toma en cuenta para la investigación son 70 adultos mayores que se encuentran inscritos como usuarios en el listado del SIMIES (*Anexo 1*) este Centro Gerontológico Diurno San Juan Pablo II cuenta con 28 hombres y 42 mujeres que van desde los 65 hasta los 95 años de edad, usuarios que pertenecen al proyecto desde hace más de un año, a los cuales se les solicita los permisos correspondientes para su

participación voluntaria por medio de la firma de un consentimiento informado tanto a ellos como a los representantes dependiendo caso.

3.6 Muestra

La muestra para la investigación es no probabilística por conveniencia esto se debe a que se trató de incluir a todos los individuos idóneos posibles, mismos que fueron definidos por características que permiten mantener una fiabilidad en cuanto a la adquisición de la información y por lo tanto el cumplimiento de los objetivos del estudio. Este tipo de muestreo permite que la elección de los elementos no dependa de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características propias de la investigación.

Es por ello que, la muestra seleccionada para el presente estudio consta de 60 adultos mayores, ya que de los 70 usuarios inscritos el SIMIES, 2 adultos no firmaron el consentimiento informado, 5 poseen un nivel de dependencia severa y 3 usuarios presentan dificultad en el tamizaje auditivo y visual.

Parámetros que se establecieron mediante los siguientes criterios:

3.6.1 Criterios de inclusión

- Tener más de 65 años de edad.
- Ser usuarios del SIMIES del Centro Gerontológico Diurno San Juan Pablo II.
- Poseer un nivel de independencia y hasta un nivel de dependencia leve.
- Personas adultas mayores sin deterioro cognitivo o en su defecto hasta un grado leve o moderado.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Tener menos de 65 años de edad.
- No ser usuario del SIMIES del Centro Gerontológico Diurno San Juan Pablo II.
- No poseer un nivel de independencia y hasta un nivel de dependencia moderado.

3.6.3 Criterio de Eliminación

- No firmar el consentimiento informado ni el adulto mayor, ni el representante en el caso de tenerlos.

- Personas que al momento del tamizaje visual y auditivo rápido tuvieron dificultades y/o problemas que no permitían la continuidad de la valoración.

3.7 Técnicas

En cuanto a las técnicas aplicadas son en base a una **revisión bibliográfica** y **entrevistas** de las diferentes esferas de valoración geriátrica integral que permiten conocer el estado de salud actual en el cual se encuentra este grupo poblacional.

3.8 Instrumentos

Para la revisión bibliográfica el instrumento utilizado es el gestor bibliográfico (Mendeley) el cual garantiza una mejor recopilación y organización de datos.

Otro instrumento utilizado son las escalas de la VGI, se ha optado estos test por ser los más aptos para esta investigación.

Los Test a utilizar son los siguientes:

3.8.1 Esfera Clínica

3.8.1.1 KICA ficha clínica.

Contiene información como datos de filiación, datos informativos y situacionales, recolectados por la exploración física como de igual manera de los cuidadores ya que esta información es valiosa para el estudio y a su vez son partes importantes para la evaluación introductoria de esta población.

3.8.2 Esfera Funcional:

3.8.2.1 SARCO-GS.

Permite conocer la presencia de sarcopenia donde refleja características en cuanto a la pérdida de cantidad y calidad del músculo y baja fuerza muscular determinando si existe una disminución en la parte funcional del adulto mayor, comprende de 5 ítems de autopercepción mencionados anteriormente y de igual forma dos pruebas que son prueba de levantarse de la silla y la circunferencia de la pantorrilla. En cuanto a sus resultados nos dice que se suman los 7 ítems y que si el puntaje tiene más de 3 puntos refiere a presentar sarcopenia.

3.8.2.2 Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.

Evalúa la movilidad y el control de esfínteres de forma genérica, la capacidad de autocuidado de los pacientes, tiene una clasificación de 5 independencia total grado 0, realiza las actividades de la vida diaria con poca dificultad grado 1, tiene alguna dificultad en las actividades de la vida diaria y en deambular sin ayuda técnica grado 2, muchas dificultades en la AVD grado 3, precisa ayuda para casi todas las AVD grado 4, está inmovilizado en cama o sillón grado 5 (Cabrera, 2021).

3.8.3 Esfera Mental

3.8.3.1 KICA COG.

Consiste en realizar una detección temprana de deterioro cognitivo para evaluar aspectos como la orientación, memoria, lenguaje y la fluidez verbal consta de 15 ítems donde al tener una puntuación de 33 de 39 o menor indica la presencia de una posible demencia y se debe referir a una revisión médica (Tartaglini et al., 2021).

3.8.3.2 Yesavage.

Reside en detectar la presencia de depresión en el adulto mayor. Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión, reside en detectar la presencia de depresión en el adulto mayor (Domínguez & García, 2023).

3.8.4 Esfera social

3.8.4.1 Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

Permite detectar en qué situación de riesgo o problemática social se encuentra el adulto mayor, detallando su situación familiar, económica, relaciones, apoyo social y vivienda (García, 2021).

3.9 Validación de instrumentos

3.9.1 KICA ficha clínica y KICA-COG

Estos dos test pertenecen a una Batería de Evaluación General Evaluación Cognitiva

Indígena de Kimberley (KICA), misma que fue diseñada para cubrir las necesidades complejas de los pueblos indígenas mayores con demencia y otros problemas relacionados con la salud. La herramienta fue validada en varias comunidades indígenas de la región de Kimberley en Australia Occidental (WA) por la Dra. Kate Smith y el profesor León Flicker en el año 2005 (American Psychiatric Association, 2020).

3.9.2 SARCO-GS

La escala SARCO-GS conocida como escala geriátrica de sarcopenia fue validada en México por el Dr. Armando Luna y otros colaboradores en el año 2014 (Rosas et al., 2023).

3.9.3 Escala de incapacidad física de la Cruz Roja

Una escala muy utilizada por su fácil aplicación creada en el Servicio de Geriátrica del Hospital Central de La Cruz Roja fue validada en Madrid por los médicos Francisco Llera, Salgado Alba y equipo en el año 1972 (Cabrera, 2021).

3.9.4 Yesavage

La escala de Yesavage hace mención en la detección de una posible depresión, la versión de 15 preguntas fue validada Perú en el Hospital Nacional Cayetano Heredia para un estudio en la población geriátrica en 1982 (Navarrete, 2023).

3.9.5 Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Es un instrumento fundamental en la evaluación geriátrica fue validada en Gijón, España por Elena Díaz Palacios, una trabajadora social de un centro de salud en Gijón en el año de 1993 (Giménez et al., 2020).

3.10 Viabilidad ética

Para la aplicación de los test es importante e indispensable realizar los siguientes pasos.

- 1) Realizar el permiso correspondiente a los directivos del Centro Diurno San Juan Pablo II (*Anexo 2*).
- 2) Socialización a los adultos mayores, representantes y directivos del centro diurno (*Anexo 3*).

- 3) Realización de un consentimiento informado donde será válido el uso de la huella digital como una rúbrica de aprobación (*Anexo 4*).

Todos estos requisitos nos van a permitir obtener la viabilidad bioética en su aplicación hacia los adultos mayores, donde se ve reflejado el respeto a los derechos y a su vez la disponibilidad de cada participante.

3.11 Presupuesto

Tabla1.

Presupuesto de la investigación

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN	
Materiales y suministros	70
Material bibliográfico	30
Material electrónico	100
Transporte	100
Alimentación	100
Imprevistos	50
Asesoría externa	50
Inversión	500

Elaborado por: Autor.

3.12 Cronograma

Tabla 2.

Presupuesto de la investigación

ACTIVIDADES	MESES					
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Visita al centro gerontológico San Juan Pablo	X					
II.						
Solicitud de permiso para realizar la toma de datos con los test de VGI y su publicación.	X					
Descarga e instalación de gestor bibliográfico y búsqueda de artículos científicos.	X					
Fundamentación teórica de la valoración geriátrica integral.	X	X				
Socialización para la toma de datos a los representantes, adultos mayores y directivos.		X				
Capacitación de toma de datos.		X				
Consentimiento informado.			X	X		
Aplicación de escalas de valoración geriátrica integral.			X	X		
Análisis y tabulación de datos.				X		
Conclusiones de resultados.				X		
Redacción de informe final para el trabajo de titulación.					X	
Defensa del trabajo de titulación.						X

Elaborado por: Autor.

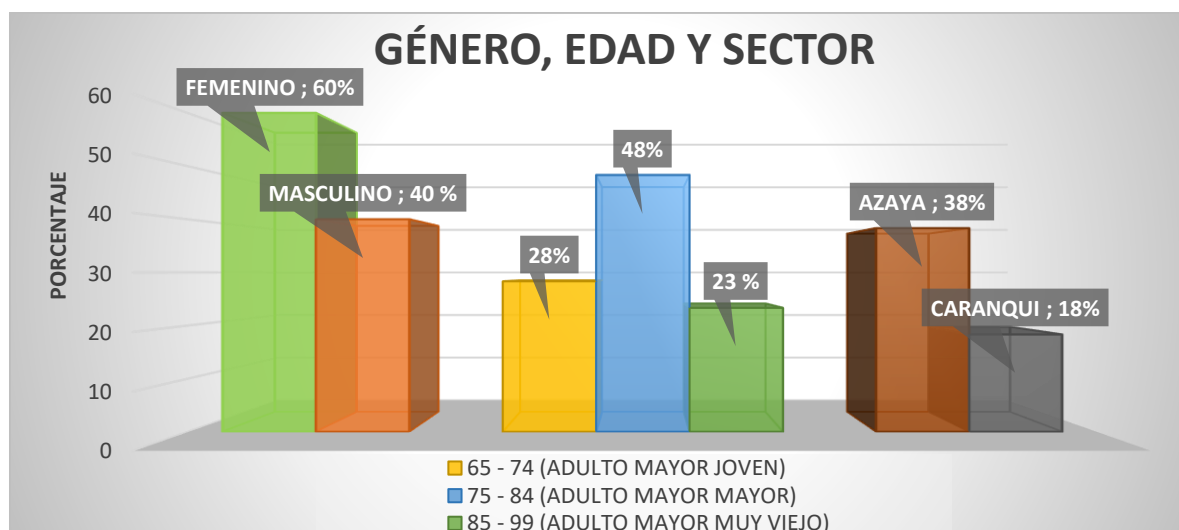
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.4 Esfera clínica.

4.4.1 KICA ficha clínica.

Figura 1.

Datos acerca del género, edad y sector de la ficha KICA clínica.

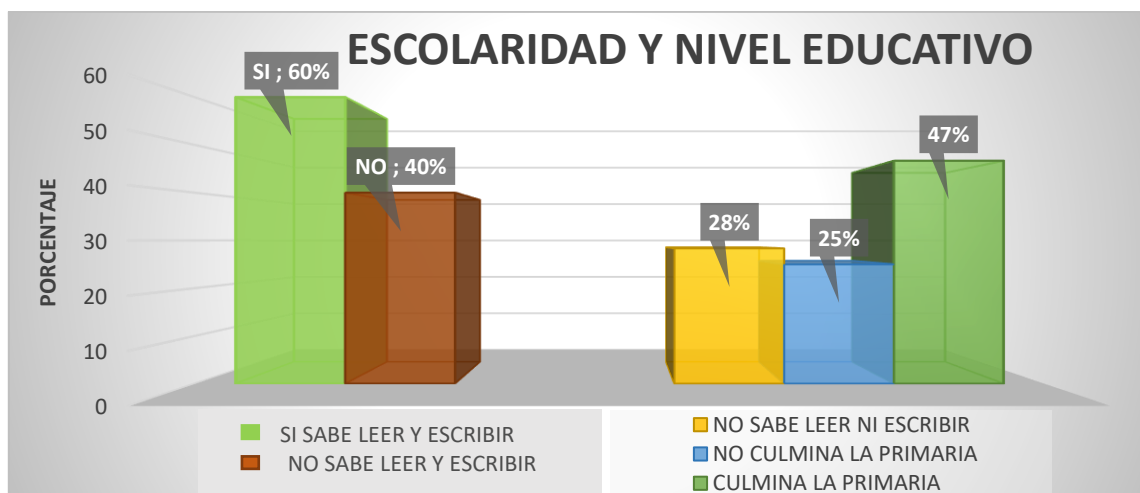


Elaborado por: Autor

Al aplicar a los usuarios del Centro Gerontológico San Juan Pablo II la ficha KICA Clínica en relación al género se evidencia que un 60% representa al género femenino y un 40% al género masculino. En relación a los rangos de edad se encuentran en el índice más representativo la edad que va desde los 75 – 84 años que representan a los Adultos Mayores Mayores (AMM) con un 48%, en relación a sector se evidencia que toda la población es de la provincia de Imbabura, cantón Ibarra ubicados en un mayor número en el sector de azaya con un 38% y en Caranqui un 18%.

Figura 2.

Datos de escolaridad de la ficha KICA clínica.

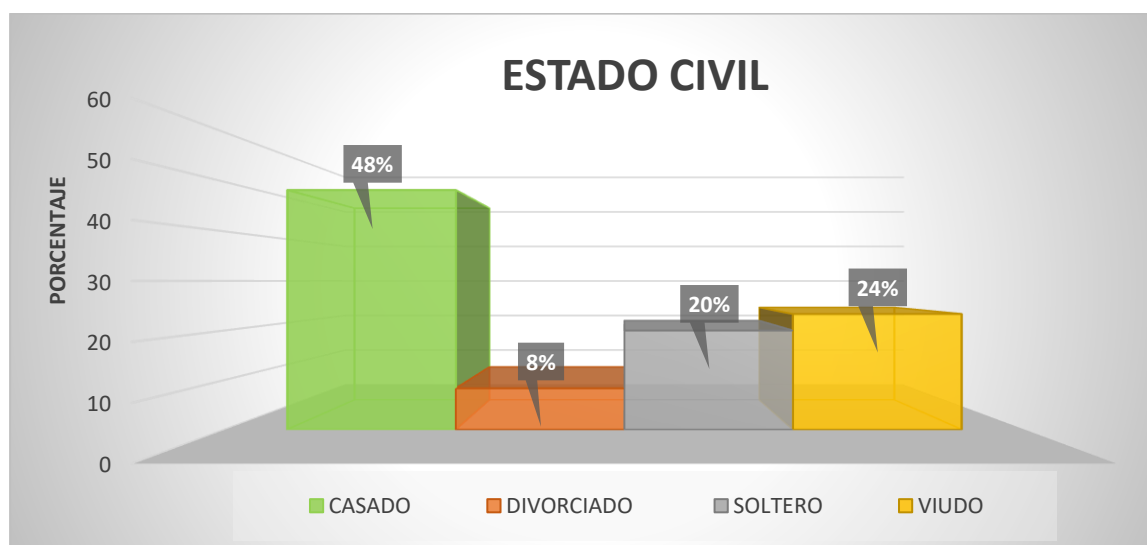


Elaborado por: Autor

Así mismo, en relación al nivel educativo las personas adultas mayores que han asistido y culminado la primaria son representadas con un 47%, un 25% asistió a recibir clases en la primaria, pero no culminó el periodo académico, del mismo modo refleja que un 28% son iletrados, se evidencia en esta población que existe un 60% de adultos mayores que saben leer y escribir y un 40% que no posee este conocimiento, por otro lado.

Figura 3.

Datos acerca del estado civil de la ficha KICA clínica.

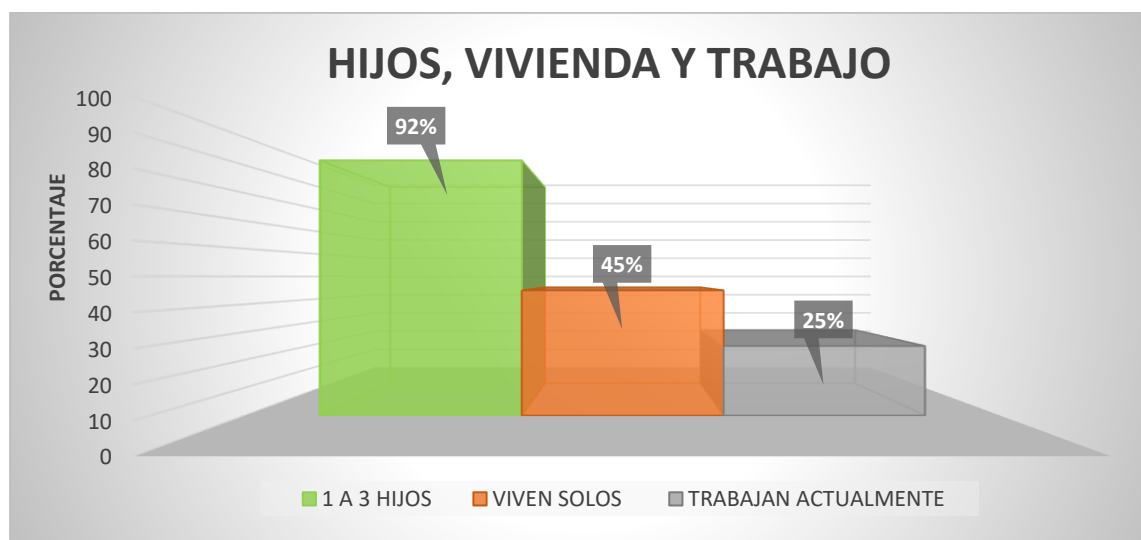


Elaborado por: Autor

Por otra parte, los adultos mayores en su estado civil reflejan que la mayor parte de ellos están casados representando el 48%, el 20% están solteros, un 24% son viudos y un 8% están divorciados.

Figura 4.

Datos acerca de la cantidad de hijos, con quién viven y si trabajan actualmente de la ficha KICA clínica.

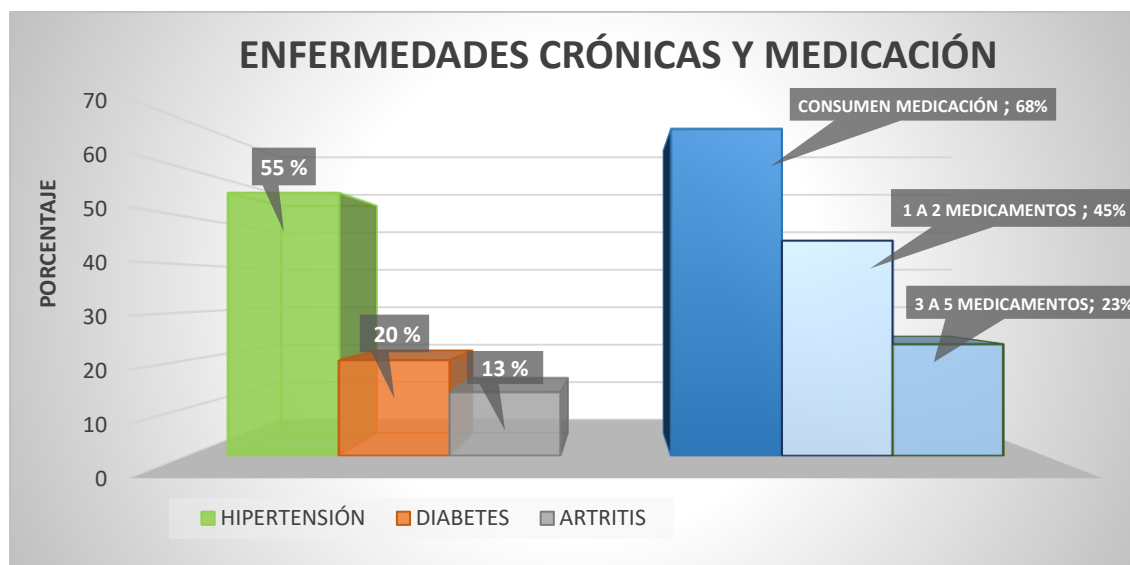


Elaborado por: Autor

A pesar de que el 92% de los adultos mayores del centro diurno tienen de uno a tres hijos el 45% de ellos viven solos y el 25% aún trabaja para poder solventar su necesidad las mismas que según los indicadores laborales del servicio de personas adultas mayores pobres de la zona estudiada tienen un ingreso laboral de 77 dólares americanos al mes (MIES, 2021).

Figura 5.

Datos acerca de las enfermedades crónicas y su medicación de la ficha KICA clínica.

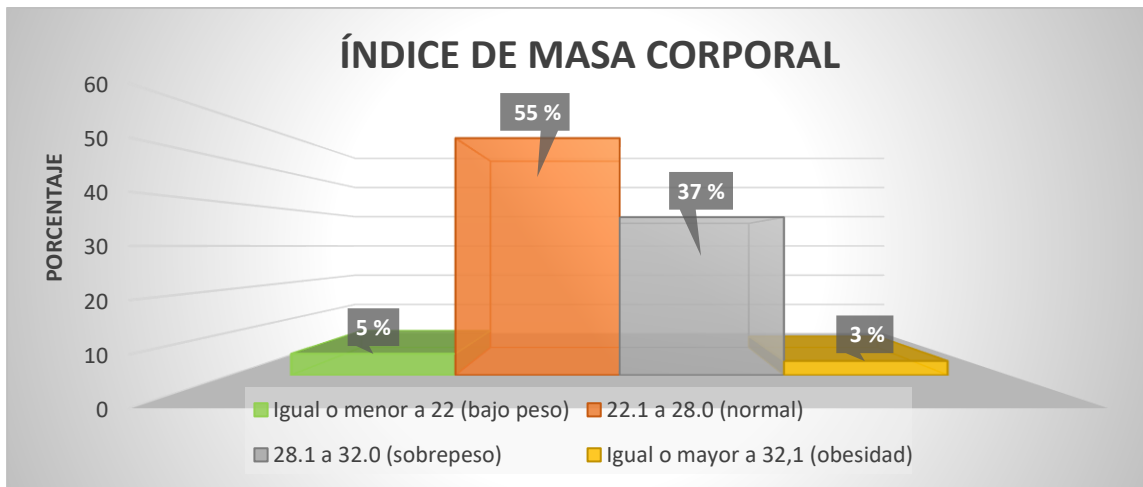


Elaborado por: Autor

En relación a las enfermedades crónicas de esta muestra el 68% de las personas estudiadas presenta una patología diagnosticada, por ende, el total de este porcentaje consumen algún tipo de medicación. Dentro de las enfermedades crónicas más comunes en este grupo etario se encuentra la hipertensión que representa el 55%, de igual manera la diabetes con un 20% y la artritis con un 13%, siendo estas las más habituales en esta población. Siendo que un 45% que consumen de 1 a 2 medicamentos y un 23% de 3 a 5 medicamentos a lo largo de su día existiendo aquí una polifarmacia.

Figura 6.

Datos acerca del índice de masa corporal de la ficha KICA clínica.

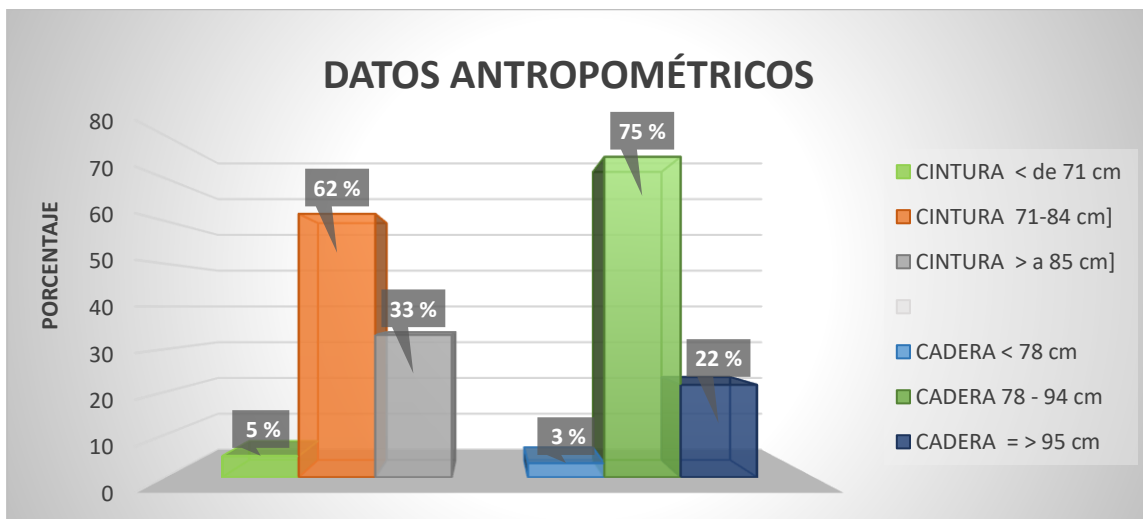


Elaborado por: Autor

El estado normal del índice de masa corporal en esta población representa el 55%, seguido por el sobrepeso con un 37% y los criterios peligrosos como son el bajo peso están en un grado bastante adecuado siendo el 5% y la obesidad en un 3% de la población.

Figura 7.

Datos antropométricos de la ficha KICA clínica.

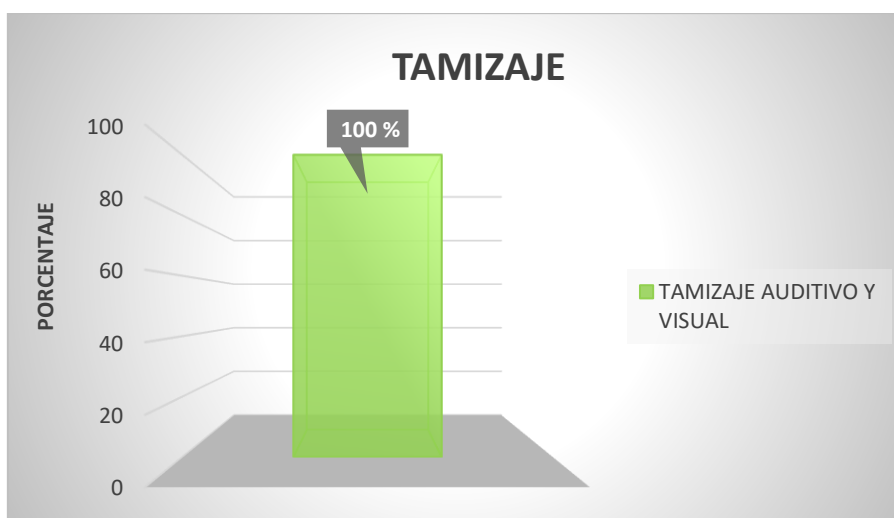


Elaborado por: Autor

Por otro lado, en relación a las medidas antropométricas la circunferencia de cintura (71 a 84 cm) refleja valores adecuando encontrándose un 62% de la población en un nivel normal con bajo riesgo metabólico, así mismo, la circunferencia de la cadera (78– 94 cm) con un 75%.

Figura 8.

Datos del tamizaje visual y auditivo de la ficha KICA clínica.



Elaborado por: Autor

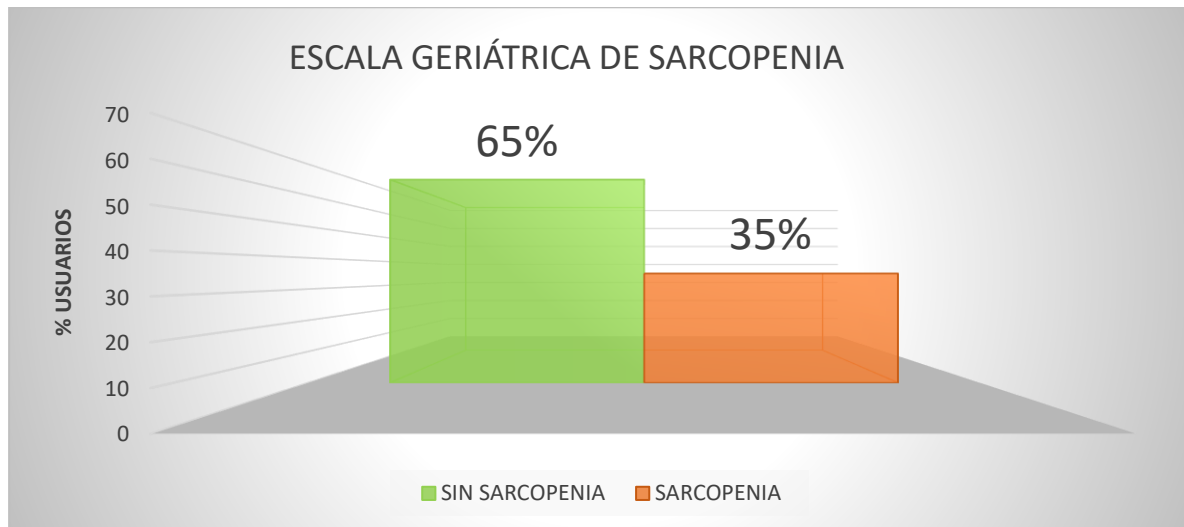
Para culminar en la esfera clínica uno de nuestros indicadores para la toma de la muestra se relaciona con el tamizaje auditivo y visual el cual nos refleja las condiciones en las que se encuentra el adulto mayor donde el 100% acierta a un correcto examen rápido.

4.5 Esfera Funcional:

4.5.1 SARCO-GS.

Figura 9.

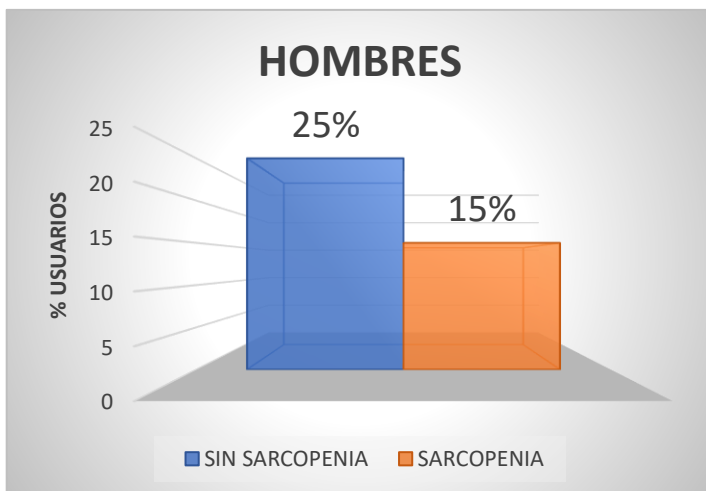
Datos de la escala SARCO- GS para evidenciar la presencia de sarcopenia.



Elaborado por: Autor

Figura 10.

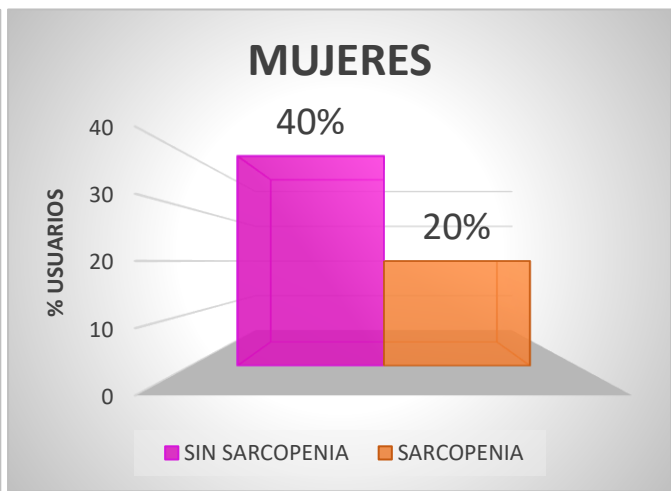
Datos de la escala SARCO- GS en hombres.



Elaborado por: Autor

Figura 11.

Datos de la escala SARCO- GS en mujeres.



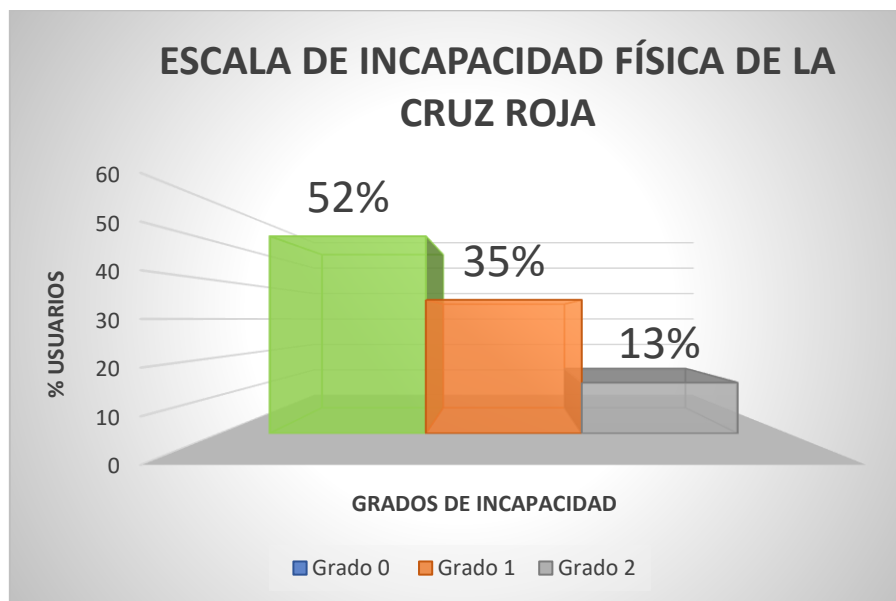
Elaborado por: Autor

La aplicación de la escala SARCO-GS evidencia que en este centro diurno el 65% no presenta sarcopenia y del 35% que posee sarcopenia, en el género femenino es el predominante con un 20% mientras que el género masculino el con un 15% esto se debe a que en el género femenino tienen una pérdida temprana de masa muscular lo que asocia a una disminución de hormonas sexuales y más aun en la menopausia y en la posmenopausia.

4.5.2 Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.

Figura 12.

Datos de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja para evidenciar su grado.



Elaborado por: Autor

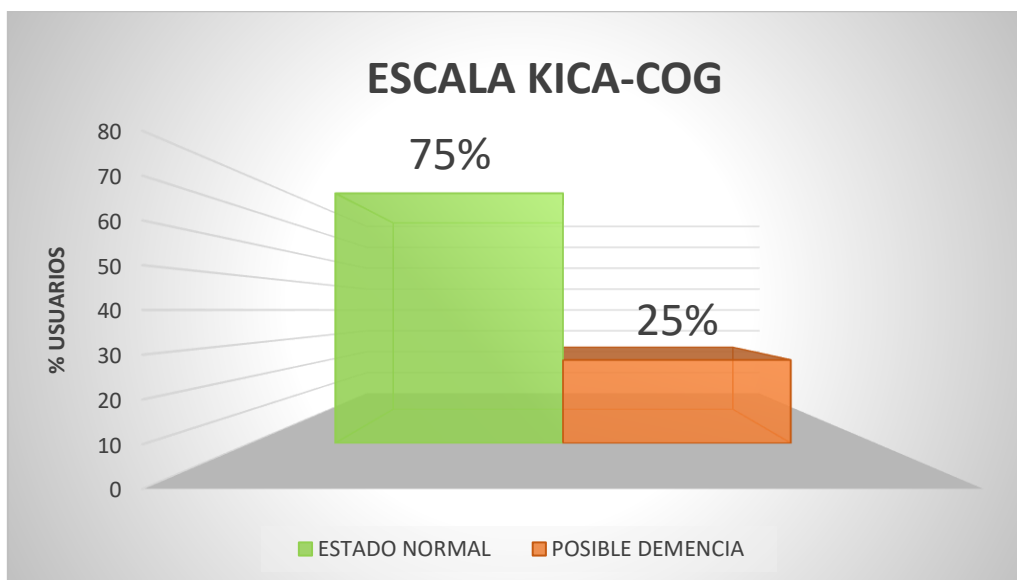
La ampliación de la escala refleja que el 52% adultos mayores del centro gerontológico diurno se encuentran en un grado 0 siendo capaces para realizar sus actividades cotidianas, de la misma manera, el 35% se encuentran en un grado 2 donde realiza normalmente las actividades cotidianas, pero deambula con alguna dificultad y para culminar el grado 3 donde ya tienen ayudas técnicas para deambular existe un 13%.

4.6 Esfera mental.

4.6.1 Escala KICA-COG.

Figura 13.

Datos de la escala KICA-COG para evidenciar una posible demencia.



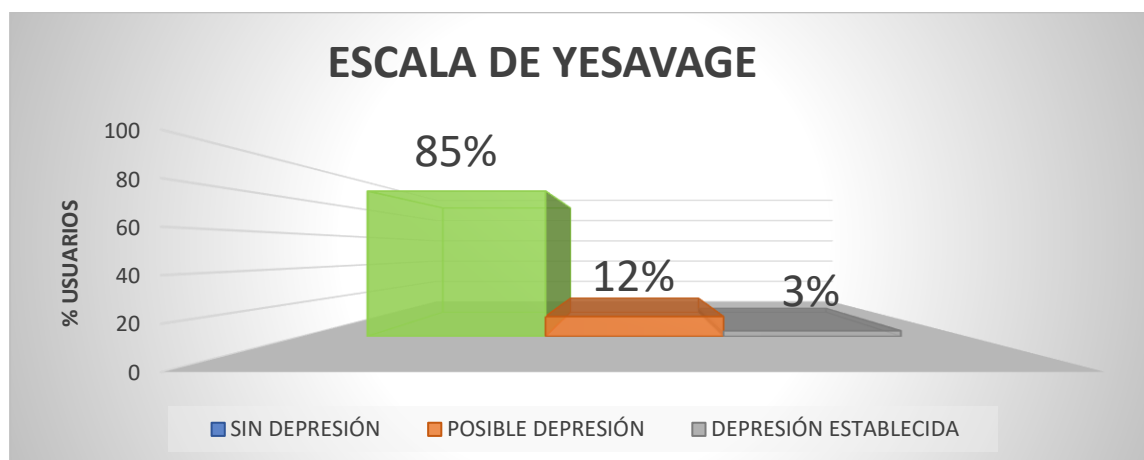
Elaborado por: Autor

Este test refleja que un 75% se encuentran en un estado normal y el 25% tiene una posible demencia que se debe derivar a un médico, es importante realizar un control con antelación debido a que las demencias hacen que el adulto mayor pierda su funcionalidad tanto física, mental como social.

4.6.2 Escala de Yesavage.

Figura 14.

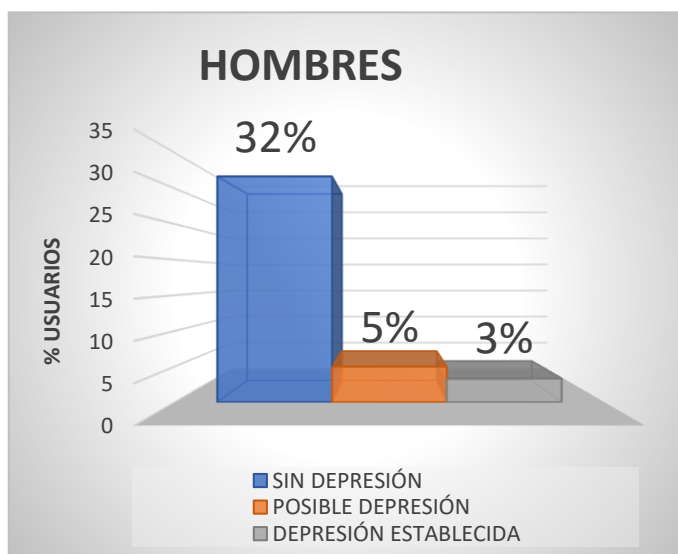
Datos de la escala Yesavage para evidenciar una posible demencia.



Elaborado por: Autor

Figura 15.

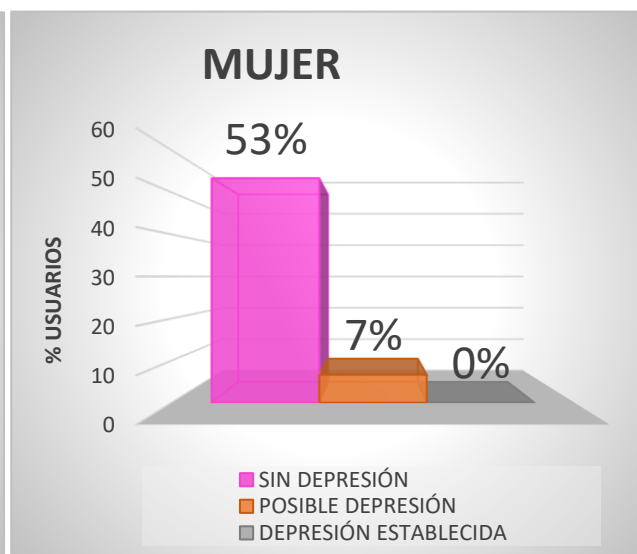
Datos de la escala Yesavage en hombres.



Elaborado por: Autor

Figura 16.

Datos de la escala Yesavage en mujeres.



Elaborado por: Autor

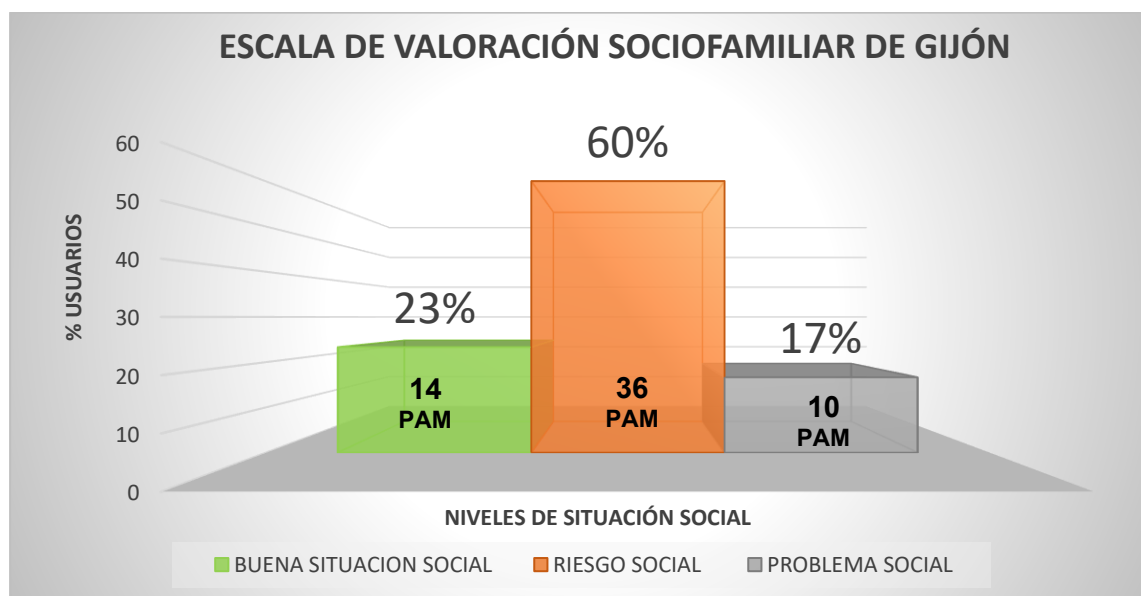
La aplicación de la escala de Yesavage refleja que el 85% no posee depresión, el 12% posee una posible depresión y tan solo el 3% reflejan una depresión establecida siendo los hombres de esta muestra quienes poseen este dato a pesar de que las estadísticas muestran que existe mayor afección en el género femenino en un número mayor en personas que van desde los 65 años de edad (MIES, 2021).

4.7 Esfera social.

4.7.1 Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

Figura 17.

Datos de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón para evidenciar la situación social de los participantes.



Elaborado por: Autor

La población presenta un 60% de riesgo social lo que atribuye a 36 usuario del Centro Gerontológico San Juan Pablo II esto se debe a que esta población se encuentra en pobreza y pobreza extrema y no logran satisfacer las necesidades diarias y arriendan viviendas que no tienen una infraestructura adecuada así también se evidencia que 10 usuarios que representan al 17% de la muestra poseen un problema social ya establecido atribuyendo lo antes mencionado y que tan solo 14 adultos mayores que representan el 23% cuentan con una buena situación social.

CONCLUSIONES

- El estado de salud de los adultos mayores representa un factor de importancia para su análisis, debido a que al atender las necesidades de esta población con antelación vamos a prevenir importantes complicaciones en un futuro, describir este componente con las cuatro esferas que rodean una atención integral en este grupo etario hace que nuestro estudio sea de gran utilidad para posteriores investigaciones.
- Al realizar una valoración integral en las cuatro esferas establecidas a los adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno San Juan Pablo II se evidencia que la gran mayoría de usuarios constan con un adecuado estado de salud, son independientes y autónomos en la toma de decisiones en sus actividades de la vida diaria, se puede atribuir estos resultados a que asisten a un proyecto que su objetivo principal es que este grupo etario tenga un envejecimiento positivo y activo.
- El uso de escalas aplicadas en los adultos mayores del Centro Gerontológico San Juan Pablo II es de gran ayuda para conocer el estado de salud actual de los mismos haciendo un énfasis en la esfera clínica logramos determinar que en este proyecto existe una elevada cantidad de usuario de género femenino que masculino, de igual forma, la escolaridad representa un dato fundamental donde refleja que si pueden leer y escribir por tanto ayuda a que la recopilación de datos sea más fiable.
- La esfera funcional nos permite identificar como se encuentran las capacidades físicas al realizar las actividades de la vida diaria en esta población, la escala de SARCO-GS permite identificar la presencia de sarcopenia un factor que al no ser atendido con prontitud puede generar fragilidad en este grupo etario, la aplicación de este test refleja que existe en esta población un 65% que no presentan sarcopenia dando un resultado favorable en esta población.
- La esfera funcional también ayuda en la identificación de la independencia de un adulto mayor, por lo que la escala de incapacidad física de la Cruz Roja permite conocer el

grado en el cual se encuentra actualmente, la aplicación de la misma refleja en este estudio que el 52% de la población está en un grado 0, es decir, que se vale por sí mismo para todas las actividades de la vida diaria evidenciando que más de la mitad de nuestra muestra son autónomos e independientes.

- La esfera mental nos permite identificar dos áreas significativas, el área cognitiva establece como el deterioro cognitivo afecta la independencia del adulto mayor, la aplicación de la escala KICA-COG hace referencia a la posibilidad de presentar demencia, en esta población un 75% se encuentran en estado normal y un 25% presentan una posible demencia por lo que se debe plasmar estrategias de intervención con prontitud.
- La esfera mental tiene también un área afectiva en la cual nos habla de las emociones del adulto mayor, como manejarlas y como evaluar y revertir posibles complicaciones, la aplicación de la escala de Yesavage hace hincapié en la presencia de depresión una enfermedad que puede llegar a incapacitar a este grupo etario, nos refleja que existe un 85% que no posee depresión y tan solo un 3% que si presenta depresión establecida reflejada en el género masculino por lo que es de gran relevancia implementar estrategias rápidas y efectivas para disminuir esta enfermedad que tiene solución.
- La esfera social expone campos de apoyo hacia el adulto mayor consiste en la red social que posee cada usuario del Centro Diurno y el papel importante que maneja la familia y la sociedad ante las necesidades que pueda presentar, la aplicación de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón refleja que esta población presenta un 60% riesgo social y un 17% un problema social esto se atribuye a que los usuarios de este proyecto se encuentran en una situación económica de pobreza y pobreza extrema por lo que no logra cubrir en varias ocasiones con las necesidades que se presentan en su diario vivir.

RECOMENDACIONES

- La aplicación de las escalas específicas para las condiciones que presentan los adultos mayores ayudará a verificar el estado de salud actual, mismo que garantizará una referir a un especialista cuando exista afecciones que perjudiquen la independencia y autonomía del adulto mayor.
- Los signos de alarma permitirán prevenir posibles complicaciones, estos deben ser informados con frecuencia al adulto mayor y sus familiares en caso de tenerlos para planificar estrategias específicas. Estos signos permiten detectar la presencia síndromes geriátricos como sarcopenia, demencias y fragilidad.
- Las redes de apoyo del adulto mayor son útiles para un provechoso desenvolvimiento del adulto mayor en la sociedad mismo que hace un enfoque a un envejecimiento activo y saludable, esto no quiere decir, que haya una ausencia de enfermedad sino más bien que estas patologías se encuentren controladas y no perjudiquen al adulto mayor y esto se puede lograr con el apoyo del entorno del adulto mayor, esta verificación del riesgo social es necesaria realizarla frecuentemente debido a que establecer una mejora en su calidad de vida.
- Realizar actividad física para mantener la funcionalidad, se aconseja 150 minutos de cardio medio y dos días de fuerza con materiales adaptados para adulto mayores, así como también una alimentación saludable disminuirá el riesgo de una descompensación en las patologías presentes.
- Las barreras arquitectónicas son un factor principal para las caídas, por tanto, es importante evitar la colocación de alfombras y otros objetos ya que este síndrome geriátrico es una de las causas de muerte de este grupo etario.

REFERENCIAS

- Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.12.001>
- Álvarez, L., Artacho, R., Arteaga, C., Pérez, D., Sierra, V., & Ruiz, María. (2020). Valoración geriátrica integral en una comunidad margina del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 37(5), 926–932. <https://doi.org/10.20960/nh.03040>
- American Psychiatric Association. (2020). *Validation of the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment tool (KICA)*. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/kimberley-indigenous-cognitive-assessment-tool-kica-development-of-a-cognitive-assessment-tool-for-older-indigenous-australians/A7C015503B3F8FBF6B8A369DD8408F1A>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>
- Cabrera, R., S. O. (2021). *Valor de la evaluación geriátrica en el Servicio de Hospitalización Marco teórico*. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Cabrera_R_K/mar_te%C3%B3r.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2006). *Ley del Anciano*. www.lexis.com.ec
- Constitución del Ecuador. (2008). *Constitución del Ecuador*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf>
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- D'Hyver de las Deses, C. (2020). Valoración geriátrica integral. *Revista de La Facultad de Medicina*, 60(3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci_arttext

- D'hyver De Las Deses, C. (2020). *Valoración geriátrica integral*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
- Domínguez, A., & García, M. (2023). Valoración geriátrica integral. *ELSERVIER*, 21(1).
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>
- Feldberg, C. (2020). The influence of education and occupational complexity in the cognitive performance of older adults with mild cognitive impairment A influência da educação e da complexidade laboral no desempenho cognitivo de idosos com comprometimento cognitivo leve. *Ciencias Psicológicas Enero-junio*, 14(1), 2194. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i1.2194>
- Fortes, P. (2020a). *Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR*.
<http://dx.doi.org/10.18235/0002982>
- Fortes, P. (2020b). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador*.
<https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
- García, C. (2021). *Escala de Valoración Geriátrica*. <https://alborconsultor.com/wp-content/uploads/2021/04/Escalas-de-Valoracio%CC%81n-Geria%CC%81trica-DOC.-ALBOR-Marzo-2021-ok.pdf>
- Giménez, V., Guinovart, C., & Rovira, E. (2020). *Fundamentos, descripción, validación e instrucciones de uso-Versión 1. Español* (Vol. 1). <http://hdl.handle.net/10045/110282>
- Gutiérrez, T. (2014). *El cumplimiento de derechos para las personas adultas mayores en centros de atención*.
https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2014/el_cumplimiento_de_derechos_para_las_personas_adultas_mayores_en_centros_de_atencion.pdf
- Hernández, M., Juárez, C., Báez, M., Lumbreras, I., & Banderas, J. (2020). Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horizonte Sanitario*, 19(1). <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3546>
- Leiva, A., Troncoso, C., Martínez, M., Nazar, G., Concha, Y., Martorell, M., Ramírez, K., Petermann,

- F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 799–809. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>
- Ley Orgánica de las personas adultas mayores. (2019). *Ley Orgánica de las personas adultas mayores*. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100007&script=sci_arttext
- Medina, Á. (2021). *VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL*. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/114086/1/valoracion_geriatrica_integral.pdf
- MIES. (2018). *Norma Técnica para la implementación y prestación de servicios gerontológicos diurnos*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/Norma-T%C3%A9cnica-para-Centros-Diurnos.pdf>
- MIES. (2021). *Ingreso Laboral Promedio*. <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/caracterizacion-poblacion-objetivo-pamusrext/indicadores-laborales/ingreso-laboral-promedio-pamusrext>
- Navarrete, K. (2023). *Validación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage en adultos mayores, que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura*. [Tesis, Universidad Técnica del Norte]. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/14890>
- Ocampo, J., Reyes, C., & Etayo, E. (2021). Valoración geriátrica integral en cuidados paliativos: revisión bibliográfica. *Medicina Paliativa*, 28(3), 185–197. <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1163/2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pita, P. (2021). *Análisis del uso del test Mini Mental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo del adulto mayor*. [Tesis, UTMACH]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/17726>

- Rodríguez, T., Ayala, M., Ortiz, M., Ordoñez, M., Fabelo, J., & Moré, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2019000100138&script=sci_arttext
- Rosas, O., Omaña, I., García, A. I., & Luna, A. (2023). Development and validation of a Sarcopenia Geriatric Scale (SARCO-GS): a new short scale for the screening of sarcopenia. *Frontiers in Endocrinology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1192236>
- Sanjoaquín, C. , F. M. , G. E. (2021). Valoración Geriátrica Integral. *Tratado de Geriatria*. https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_l.pdf
- Tartaglini, M., Hermida, P., Ofman, S., Feldberg, C., & Freiberg, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2). <https://doi.org/10.26864/pcs.v11.n2.5>
- Torres, L., Rivera, S., Mendivelso, F., Yomayusa, N., Cárdenas, H., & Hernández, C. (2019). Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Sanitas*, 22(1), 6–16. <https://doi.org/10.26852/01234250.30>
- Vargas, M., Sánchez, O., Sánchez, M., Huete, A., & Arias, R. (2022). Implementaciones tecnológicas en la prueba de valoración funcional y desempeño corto Short Physical Performance Battery (SPPB), para el adulto mayor. *Revista Tecnología En Marcha*, 35(2). <https://doi.org/10.18845/tm.v35i2.5206>

ANEXOS

Anexo 1. Reporte de asistencia mensual corroboración de 70 usuarios en el SIMIES, los 2 usuarios **naranjas** no firman en consentimiento informado, usuarios 5 **verdes** poseen un nivel de dependencia severo y 3 usuarios **amarillos** tienen dificultad en el tamizaje auditivo y visual.

REPORTE DE ASISTENCIA MENSUAL																																	
DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN																																	
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN	5700	NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN	AMCOMEDOR JUAN PABLO II																														
SERVICIO	PERSONAS ADULTAS MAYORES - PEJ	LOCALIDAD	CENTROS GERONTOLÓGICOS DE ATENCIÓN DIURNA																														
DATOS DE LA ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS																																	
Nombres	Oct 2023																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total	
																															A.	P.	
ALD	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ALP 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
AHL ALF	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ARC 040	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ARF RAL	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
BAS HLC	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
BEN 040	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
BEN EFR	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
BEN ELN	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
BRL 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
CAL ROS	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10

Nombres	Oct 2023																															Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A.	F.	
	CAJ 120	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21
CAJ FAC	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CAJ 120	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CAJ ANB	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CAJ 140	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CAJ 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CH RIA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CH MAI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CH JFE	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CH ALI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CH 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
COI REA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
CU 983	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
DAV 040	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10
DPI TEF	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	21	10

Nombres	Oct 2023																															Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A.	F.
	DIA DO	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21
FIN D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
FAV AN	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
GA ED	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
GA 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
CU GA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
HUI D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
IRA RA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
LAF GA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
LAS	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
LOI GU	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
LUX CR	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
MA T/C	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ME D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
MC RO	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10

Nombres	Oct 2023																															Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A.	F.
	MCI D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21
MCI DCI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
MCI FBU	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
MAR MAF	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ORA 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ORT PED	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
ORT D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
PAL	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
PER MAI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
PIA Cl F	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
POZ	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
QUI D40	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
QUI Cl A	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
RAA PAT	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10
TAC 100	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	21	10

Nombres		Oct 2023																															Total				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	A	F			
TA	DAI	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	21	10	
IA	10K	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
TA	DAI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
TIF	ELI	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
TO	NIH	A	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
IO	10K	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
TU	10K	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VA	LA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VE	DAI	A	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VIL	RC	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VA	LA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VA	LA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VA	LA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
VA	LA	F	A	A	A	A	A	F	F	F	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	A	F	F	A	A	A	A	21	10	
Total Usuarios: 70		0	70	70	70	70	70	0	0	0	70	70	70	70	0	0	70	70	70	70	70	0	0	70	70	70	70	70	0	0	70	70	0	0	70	70	1470
		70	0	0	0	0	0	70	70	70	0	0	0	0	70	70	0	0	0	0	0	0	70	70	0	0	0	0	0	70	70	0	0	0	0	700	

Anexo 2. Permiso a los directivos del Centro Diurno San Juan Pablo II



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

IBARRA

PUCE - TEC

Ibarra, 14 de diciembre del 2023
Of. 380 - PUCESI TEC

Padre.

Juan Carlos Flores

VICARIO DE PASTORAL SOCIAL

REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO SAN JUAN PABLO II

Presente. –

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

En miras de la colaboración interinstitucional y la mejora del trabajo en nuestra comunidad en temas de salud, me permito solicitarle de la manera más comedida, se facilite el acceso y la entrega de información a la Srta. **FERNANDA ESTEFANÍA LANDETA FLORES** con número de identidad 1003737101, estudiante del cuarto nivel de la *Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores*, quien se encuentra desarrollando su proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado: *"Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores del centro diurno San Juan Pablo II de Ibarra"*.

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

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

Atentamente,



LUIS DAVID NARVÁEZ
IBARRA

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



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



Dirección: Av. Jorge Guzmán Rueda y Av. Aurelio Espinosa Pólit. Ciudadela "La Victoria".

Teléf: (593-6) 2615 500 / 2615 453 Ext. 1000 Cel. 099 236 27 13 / 098 138 3498

Ibarra - Ecuador / www.pucesi.edu.ec



Anexo 3. Socialización a los adultos mayores, representantes y directivos del centro diurno del proyecto de investigación.



Anexo 4. Consentimiento informado acorde a las necesidades.

Parte II: Consentimiento Informado

Fecha: 21 / 12 / 2023

A. Declaratoria de Consentimiento Informado:

Yo, [REDACTED] he leído y comprendido la información proporcionada. Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perder mis derechos legales. Recibiré una copia de este documento una vez firmado.

Nombre del participante: [REDACTED] Nombre del Investigador: FERNANDA LANDETA

Cédula: [REDACTED] Cédula: 1003737101

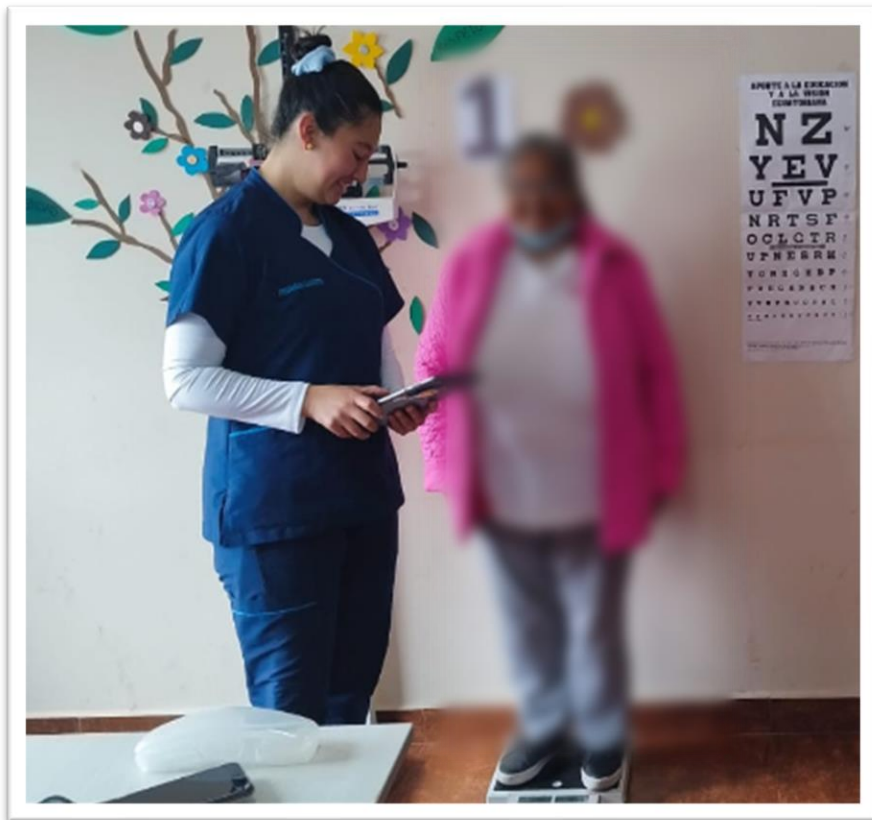
Firma: [REDACTED] Firma: [Handwritten Signature]

Agradecemos su consideración y estamos a su disposición para cualquier pregunta adicional. Su participación es esencial para avanzar en la investigación.

Anexo 5. Aplicación de la ficha KICA clínica.



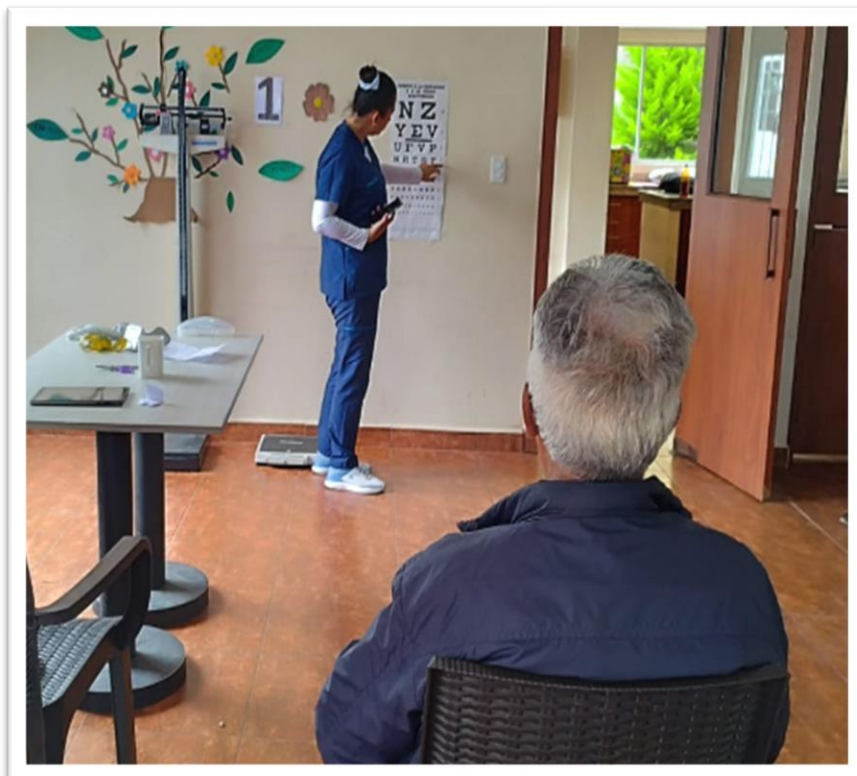
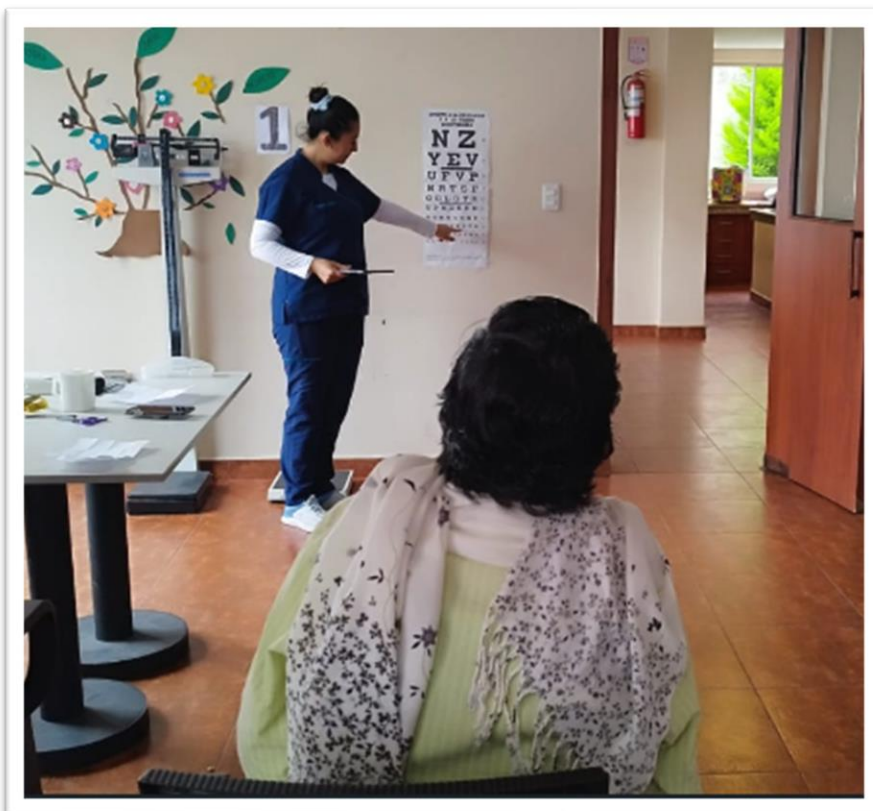
Anexo 6. Toma de datos antropométricos para la ficha KICA clínica.



Anexo 7. Toma de medidas ce abdomen y cintura para la ficha KICA clínica.



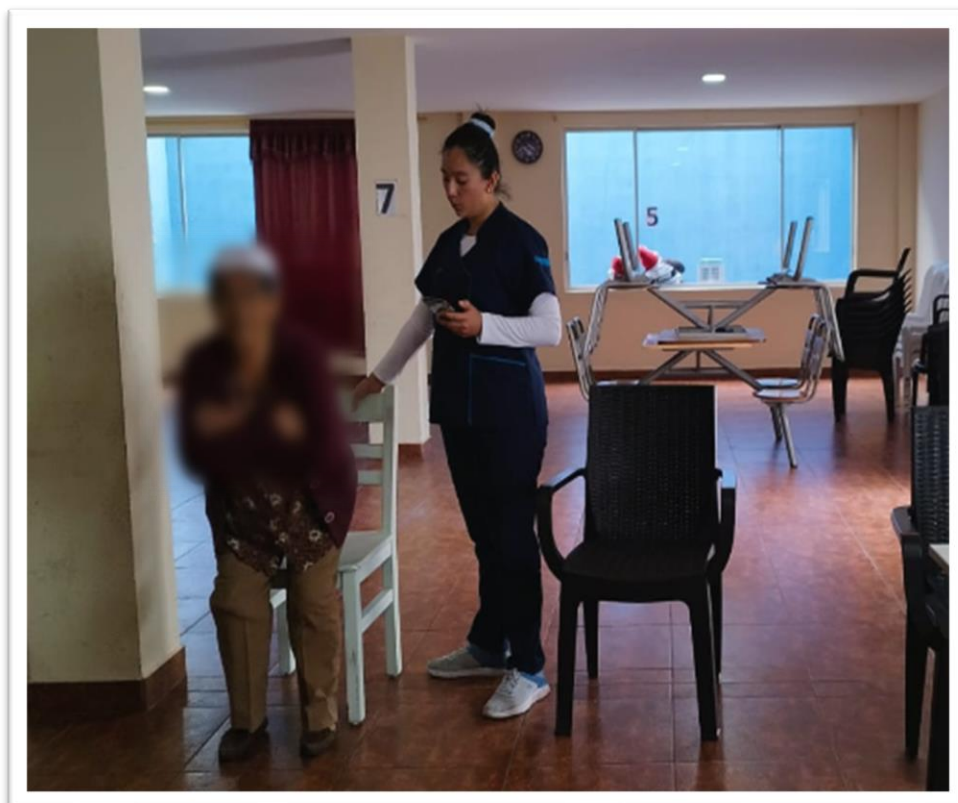
Anexo 8. Tamizaje auditivo y visual para la ficha KICA clínica.



Anexo 9. Aplicación del test SARCO- GS y Cruz Roja.



Anexo 10. Aplicación del test levántate de la silla.



Anexo 11. Aplicación del test KICA- COG.



Anexo 12. Aplicación del test Yesavage.



Anexo 13. Aplicación de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

