



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PUCE TEC

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

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD EN LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNIDAD RUMIPAMBA GRANDE, LA ESPERANZA -
IBARRA”.**

KATHERINE LISSBETH CARLOSAMA PUPIALES

EVA JANETH INLAGO INUCA

TUTOR: LILIAN ANAIS BASTIDAS OBANDO

IBARRA – ECUADOR

MARZO, 2024

Ibarra, 04 de marzo de 2024.

CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular titulado: “Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de la Comunidad Rumipamba Grande, La Esperanza - Ibarra”, presentado por los estudiantes Katherine Lissbeth Carlosama Pupiales con cédula de ciudadanía N° 1004362081 y Eva Janeth Inlago Inuca con cédula de ciudadanía N°1003849351 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.

Carlosama - Inlago_Informe FinalFEB24			
INFORME DE ORIGINALIDAD			
6%	7%	3%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS			
1	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet		1 %
2	es.slideshare.net Fuente de Internet		1 %
3	www.scielo.org.pe Fuente de Internet		1 %
4	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet		1 %
5	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet		1 %
6	idoc.pub Fuente de Internet		1 %
7	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet		1 %
8	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet		1 %
9	info.inclusion.gob.ec 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 DE TRABAJO
C.C.: 0502929045




(f):
Mgs. Ruth Erminia Cifuentes Muriel
LECTOR 1
C.C.: 1002711990




(f):
Mgs. Yadira Marcela Pantoja Rivas
LECTOR 2
C.C.: 1003176235

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, *Katherine Lissbeth Carlosama Pupiales* 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 de marzo de 2024.



(f):_ _____

Katherine Lissbeth Carlosama Pupiales

C.C.: 1004362081

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, *Eva Janeth Inlago Inuca* 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 de marzo de 2024.



(f): _____

Eva Janeth Inlago Inuca

C.C.: 1003849351

AUTORIA

Yo, *Katherine Lissbeth Carlosama Pupiales* portadora de la cedula de ciudadanía N° 1004362081, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de los autores, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.



(f):.....

Katherine Lissbeth Carlosama Pupiales

C.C.: 1004362081

AUTORIA

Yo, *Eva Janeth Inlago Inuca* portadora de la cedula de ciudadanía N° 1003849351, declaro que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de los autores, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.



(f):.....

Eva Janeth Inlago Inuca

C.C.: 1003849351

DEDICATORIA

El presente estudio le dedicó primeramente a Dios y a la Virgen del Quinche quién siempre guio mis pasos y me dio la fuerza para continuar en este proceso, a mis padres Luis Carlosama y Blanca Pupiales, quienes siempre me brindaron ayuda y apoyo en el transcurso de este largo proceso y de tal manera poder cumplir las metas que me propuse en el transcurso de mi vida, siempre con sus palabras de aliento, inspiración y aún más siendo un pilar fundamental para seguir adelante y formarme profesionalmente, igualmente dedico mi trabajo a mis hermanos, Jonathan y Gilda, sobrinas Zoé y Lía quienes son mi ejemplo a seguir y mismos que me brindaron un apoyo fundamental para seguir cumpliendo mis sueños y realizarlos con existo y no han dejado que me rinda durante esta etapa de mi vida

Katherine Carlosama

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado Dios porque gracias a sus bendiciones he podido llegar hasta aquí, y sobre todo es quien me da fuerzas para seguir adelante y poder culminar con éxito mi meta planteada, a mi padre que está en el cielo y sé que estará feliz por este sueño cumplido.

A mi madre y a mi esposo quienes con su amor cultivan en mí el deseo de superación personal y profesional, además han sido mi principal motivación y me han impulsado a iniciar esta carrera universitaria para poder culminarla con éxito.

A todos los compañeros de la carrera quienes siempre han estado motivando para culminar juntos y satisfactoriamente esta carrera universitaria.

Janeth Inlago

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme en cada momento de mi vida, gracias a él he logrado cumplir mis metas exitosamente y por ser mi guía en los momentos más difíciles.

Agradezco a mis padres Luis y Blanca, a mis hermanos Jonathan y Gilda, sobrinas Zoé y Lía, quienes desinteresadamente me han brindado su apoyo incondicional, mismos que confiaron en mí y celebraban todos los logros.

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por abrirme las puertas del conocimiento, a todos los docentes que compartieron sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional.

A mi compañera de tesis por apoyarnos mutuamente durante el transcurso de este proceso.

Katherine Carlosama

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y sobre todo salud para poder finalizar con éxito mis estudios, a mi familia quienes han sido el pilar fundamental de este proceso académico, por brindarme su comprensión y apoyo incondicional ya que sin su ayuda no habría podido hacer realidad este sueño de poder convertirme en una futura profesional. También agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haberme dado la oportunidad de ser parte de ella y a todos los profesores por compartir sus conocimientos y sobre todo por la paciencia al momento de enseñar.

Janeth Inlago

ÍNDICE DE CONTENIDO

<i>ÍNDICE DE CONTENIDO</i>	<i>xii</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>xv</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xvi</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>3</i>
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Objetivos de la investigación.....	5
1.2.1 <i>Objetivo general:</i>	5
1.2.2 <i>Objetivos específicos:</i>	5
1.2.3 <i>Justificación</i>	6
2. <i>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</i>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco teórico	9
2.2.1 <i>Adulto mayor</i>	9
2.2.2 <i>Tipos de envejecimiento</i>	10
2.2.3 <i>Proceso de envejecimiento</i>	12
2.2.3.1 <i>Cambios en el proceso del envejecimiento</i>	13
2.2.3.1.1 <i>Cambios físicos y fisiológicos</i>	13
2.2.3.1.2 <i>Cambios psicológicos</i>	14
2.2.3.1.3 <i>Cambios sociales</i>	14

2.2.4	<i>Estado de salud</i>	14
2.2.4.1	Situación del adulto mayor en el Ecuador.	15
2.2.4.2	Factores que inciden en el estado de salud de la población adulta mayor.....	16
2.2.4.3	Enfermedades prevalentes en los adultos mayores.	17
2.2.4.4	Promoción del estado de salud.....	18
2.2.5	<i>Valoración Geriátrica integral</i>	18
2.2.5.1	<i>Objetivos y beneficios de la Valoración Geriátrica Integral</i>	19
2.2.5.2	Esferas de la valoración geriátrica integral.	19
2.2.5.2.1	Esfera clínica.	20
2.2.5.2.2	Esfera funcional.....	20
2.2.5.2.3	Esfera Mental.	23
2.2.5.2.4	Esfera social.	24
2.3	Bases legales	25
2.3.1	<i>Constitución del Ecuador</i>	25
2.3.2	<i>Ley Orgánica del Adulto Mayor (LOPAM)</i>	26
2.3.3	<i>Ley orgánica de la salud</i>	27
3.	CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	28
3.1	Enfoque	28
3.2	Nivel.....	28
3.3	Tipo	28
3.4	Diseño	29
3.5	Población.....	29

3.6	Muestra	29
3.6.1	<i>Criterios de Inclusión</i>	30
3.6.2	<i>Criterios de Exclusión</i>	30
3.6.3	<i>Criterios de Eliminación</i>	30
3.7	Técnicas	30
3.8	Instrumentos.....	31
3.9	Validación de instrumentos.....	33
3.10	Viabilidad bioética	34
3.11	Presupuesto del estudio.....	35
3.12	Cronograma de actividades.....	36
4.	<i>CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</i>	38
4.1	Resultados de la investigación	38
	<i>CONCLUSIONES</i>	50
	<i>RECOMENDACIONES</i>	52
	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	54
	<i>ANEXOS</i>	62

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso biológico, natural e irreversible donde se evidencia cambios físicos, psicológico y sociales mismos que pueden presentar distintos factores que pueden afectar o beneficiar a la salud, actualmente los adultos mayores atraviesan un riesgo de padecer enfermedades, mismas que se puede prevenir o detectar mediante una adecuada aplicación de la valoración geriátrica integral. En Ecuador los adultos mayores carecen de un seguimiento médico adecuado, especialmente en las zonas rurales como es el caso de la comunidad Rumipamba Grande perteneciente a la Parroquia la Esperanza, donde no existe una valoración geriátrica que permita conocer la situación de salud real de este grupo etario dentro de la comunidad. Esta investigación es de tipo descriptiva, con un enfoque cuantitativo, siendo el objetivo principal el análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de la Comunidad Rumipamba Grande a quienes se les aplicó las diferentes escalas de valoración geriátrica, este estudio posee una muestra de 85 adultos mayores en el rango de 65 a 95 años de edad, entre hombre y mujeres, pertenecientes a la comunidad Rumipamba Grande por más de 12 meses; obteniendo como resultado que solamente el 19% de la población presenta una enfermedad diagnosticada, en la esfera funcional el 85% de los adultos mayores presentan una independencia total y el 42% presentan sarcopenia; en relación a la esfera mental se evidencia que más del 50% de la población no presenta riesgo de sufrir demencia, y que solamente el 3% posee signos de una depresión establecida, finalmente en la esfera social se identifica que el 88% presentan un riesgo social en su estado de salud.

Palabras claves: Adulto Mayor, estado de salud y valoración geriátrica integral.

ABSTRACT

Aging is a biological, natural, and irreversible process where physical, psychological, and social changes are evident and can present different factors that can affect or benefit health. Currently, older adults are at risk of suffering from diseases, which can be prevented or detected through the proper application of a comprehensive geriatric assessment. In Ecuador, older adults lack adequate medical follow-up, especially in rural areas, as is the case of the Rumipamba Grande community belonging to the La Esperanza parish, where there is no geriatric assessment that allows knowing the real health situation of this age group within the community. This research is descriptive, with a quantitative approach, being the main objective of the descriptive analysis of the state of health in the elderly of the Rumipamba Grande Community to whom the different geriatric assessment scales were applied, this study has a sample of 85 elderly adults in the range of 65 to 95 years of age, between men and women, belonging to the Rumipamba Grande community for more than 12 months; The results show that only 19% of the population has a diagnosed disease; in the functional sphere, 85% of the older adults have total independence and 42% have sarcopenia; about the mental sphere, it is evident that more than 50% of the population is not at risk of suffering dementia, and only 3% have signs of established depression; finally, in the social sphere, 88% have a social risk in their state of health.

Keywords: Elderly, health status, and comprehensive geriatric assessment.

INTRODUCCIÓN

Los autores (Auxiliadora et al, 2019) definen que los cambios físicos, psicológicos y sociales que conlleva el envejecimiento son procesos normales, irreversibles y biológicos que pueden mejorar o afectar negativamente a la salud. El envejecimiento de la población actual requiere varios cambios relacionados con la atención integral y especializada, cambios que no son fácilmente perceptibles en nuestra cultura y que, por lo tanto, repercuten en el estado de salud de las personas mayores, aumentan sus factores de riesgo y dan lugar a múltiples enfermedades.

En Ecuador, este grupo demográfico carece de un seguimiento médico adecuado, sobre todo en las zonas rurales, donde se cree que los lazos familiares y comunitarios son más fuertes. Sin embargo, según investigaciones recientes, los adultos mayores reportan vivir en pobreza, soledad y enfermedad, lo que conlleva a una variedad de condiciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales que a la larga pueden disminuir su calidad de vida y aumentar su riesgo de contraer enfermedades (Waters, et al, 2020).

En la provincia de Imbabura, no existe una adecuada aplicación de la valoración geriátrica integral “VGI”, que permita conocer de la situación real de la salud de este grupo etario, además el aumento y la no existencia de programas preventivos o la mala administración en programas propios para el adulto mayor, repercute en la incidencia de factores de riesgo para esta población que cada vez se visualizan mayormente.

La investigación de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo el objetivo principal describir el estado de salud de las personas adultas mayores a través de la medición de la valoración geriátrica integral en la comunidad Rumipamba Grande, La Esperanza-Ibarra.

Para este estudio se tomó como población a 108 adultos mayores entre los 65 años 95 años de edad entre hombres y mujeres, moradores de la comunidad Rumipamba Grande por más de un año, además gran mayoría de ellos no acuden ni pertenecen a programas y servicios de inclusión social y económica por lo cual permanecen casi siempre en sus domicilios y no salen de sus sector, en primera instancia se realizó un acercamiento con el GAD de la Parroquia La Esperanza y la Comunidad Rumipamba para solicitar la aprobación y permiso para la realización de la valoración geriátrica integral en relación a las diferentes esferas de valoración clínica, funcional, mental y social a los adultos mayores de la comunidad, posteriormente se socializó la investigación con cada uno individualmente para proceder con la firma de un consentimiento informado y la participación voluntaria de cada adulto, este proceso se lo realizó mediante las visitas domiciliarias en el total de la extensión territorial de la comunidad.

La importancia de esta investigación radica en poder identificar el estado de salud actual de los adultos mayores de esta comunidad ya que al ser un grupo prioritario son merecedores de esta atención y valoración constante.

Este trabajo en el Capítulo I esta abordado inicialmente por el problema de estudio en el cual se describe la problemática de la comunidad, las causas, el grupo poblacional y el área geográfica, luego tenemos el capítulo II donde se expone el estado del arte, Capítulo III en el cual se detalla el marco metodológico, tipo de investigación, enfoque de investigación, población, muestra y técnicas e instrumentos utilizados, en el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos en tablas y gráficos analizados e interpretados de acuerdo a los objetivos iniciales planteados de la investigación.

Línea de la investigación: Vida digna y salud integral.

Sub línea de investigación: Salud y grupos vulnerables.

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El riesgo de desarrollar enfermedades que comprometen la salud de los ancianos aumenta significativamente con la edad, sobre todo cuando existe la ausencia de evaluaciones preventivas para reducir los factores de riesgo. Este riesgo también aumenta con un seguimiento inadecuado de los ancianos, un indicador que es más frecuente en las zonas rurales. Por estas razones, es fundamental llevar a cabo esta investigación para conocer el estado de salud de este grupo de población en esta área en particular.

Por otra parte, es importante destacar que la Organización Mundial de la Salud informa que la prestación de una atención de alta calidad sigue siendo difícil debido a una serie de problemas relacionados con la salud de los adultos mayores que surgen por no satisfacer sus necesidades únicas. Además, la actual crisis económica y social mundial ha provocado una reducción de los recursos disponibles para esta población vulnerable, lo que ha dado lugar a una crisis extremadamente grave para todo el mundo que tiene consecuencias como la morbilidad, la comorbilidad y la mortalidad debido a la falta de suministros para un tratamiento adecuado (Vaccarro et al, 2023).

La crisis de salud en Ecuador es también una debilidad debido a la frecuente rotación de funcionarios en los sectores social y de salud, lo que ha cambiado la gobernabilidad interna de las instituciones y ha provocado problemas de salud que afectan directamente a este grupo de población. Estos problemas complican su estado de salud y aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades crónicas transmisibles o no transmisibles porque no hay suficiente supervisión y seguimiento (Vaccarro et al, 2023).

Según datos estadísticos, el creciente número de enfermedades que presentan las

personas mayores es un factor de riesgo para el reposo en cama, la discapacidad y, en el peor de los casos, la mortalidad. Este estudio se realizó como consecuencia del desconocimiento del verdadero estado de salud y de las patologías que presenta la población anciana de la Parroquia rural de La Esperanza, ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura (Chicaiza, 2022).

Según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en Ecuador hay 1.049.824 adultos mayores, de los cuales personas de 65 años. Representa el 6.5%, el 45 de la población mayor a 65 años viven en pobreza y pobreza extrema, además cabe recalcar que el 42% vive en zonas rurales y comunidades marginales. También es fundamental señalar que el 14,6% de los adultos mayores vive solo y el 14,9% experimenta abandono. Estas estadísticas aumentan la probabilidad de desarrollar ciertos tipos de síndromes, ya que dificultan el acceso a los servicios de salud, y la mayoría de los ancianos tienen bajos ingresos y no pueden pagar la atención médica privada (Toapaxi et al, 2020).

Según (Quintana, 2022) la población anciana es uno de los grupos más vulnerables del mundo, pero lo es especialmente en Ecuador. Son el blanco principal de los familiares, la sociedad y el gobierno. Los problemas más comunes que surgen son el abuso físico, psicológico y verbal, el abandono y la negligencia familiar. Estos problemas pueden surgir por diversas razones, como la sobrecarga del cuidador o las circunstancias sociales en las que se encuentra. También pueden restringir el acceso de la persona mayor a la vivienda, la alimentación y la atención sanitaria.

En el caso de la comunidad de Rumipamba Grande es de difícil acceso por el área geográfica en el que se encuentra ubicada, por ende, aumenta el riesgo para que los

adultos mayores presenten morbilidades ya que muchos no acuden a atenciones médicas preventivas o un centro de salud por esa razón, ocasionando el permanecer en sus domicilios sin ser tratados y provocando en muchos casos la dependencia.

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 la comunidad Rumipamba Grande, la Esperanza-Ibarra.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Fundamentar mediante una investigación teórica las diferentes esferas de valoración geriátrica integral con relación al estado de salud de las personas adultas mayores.
- Medir el estado de salud del adulto mayor mediante la aplicación de los diferentes test de las cuatro esferas de la valoración geriátrica integral: clínico, funcional, mental y social.
- Analizar los datos de los resultados obtenidos mediante la aplicación de las herramientas tecnológicas para así generar datos actualizados.

1.2.3 Justificación

Los factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales que definen un proceso de envejecimiento tanto patológico como óptimo son los que determinan el estado general de salud entre los adultos mayores. Por esta razón, es fundamental llevar a cabo una Valoración Geriátrica Integral para la investigación, tiene una relación particularmente pertinente con este grupo demográfico, ya que las enfermedades que están surgiendo en la población adulta mayor suponen un riesgo cada vez mayor para la salud pública. Esto es algo que debe ser considerado como una prioridad clave en la agenda para mejorar la salud pública en la nación, así como en la región y en todo el mundo para la población mayor de 65 años (Organización Panamericana de la salud, 2020).

No se han realizado investigaciones para conocer el estado de salud de la población adulta mayor de esta zona rural. El hecho de que sea una zona rural con opciones de transporte limitadas y hogares dispersos dificulta el acceso tanto históricamente como en la actualidad. A pesar de estos obstáculos, todavía es posible llevar a cabo este trabajo, que ayudará a recopilar datos cruciales sobre la salud de los adultos mayores. La Historia Clínica Kica, la Escala de Gijón, el Test de Yesavage, la Evaluación Cognitiva Kica, la Escala de la Cruz Roja y la escala Sarco-Gs son las escalas utilizadas para la evaluación; estas evaluaciones son precisas mismas que permiten evaluar de una manera amplia el estado de salud de las personas adultas mayores en cada una de sus esferas Física, Mental, funcional y social.

Dado que su metodología es coste-efectiva debido a la mejora de la calidad de vida, la mejora del estado funcional y la mejor satisfacción del paciente en el grupo sometido a la evaluación geriátrica integral, ésta facilita la identificación de los adultos mayores con

alto riesgo de deterioro funcional, morbilidad y mortalidad.

Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 65 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria (Carmina, 2021).

Además, la Organización Panamericana de la Salud (2020) indica que los sistemas sanitarios siguen siendo frágiles en su capacidad para satisfacer las demandas de la población, lo que repercute tanto en la salud individual como en la de la sociedad. Entre las principales deficiencias estructurales que siguen presentando los sistemas sanitarios actuales cabe citar la inadecuación de los sistemas de respuesta, vigilancia e información sanitaria; la deficiente aplicación de las estrategias de prevención y promoción; la escasez de profesionales sanitarios; la persistencia de diversas barreras de acceso; la existencia de instituciones sanitarias con infraestructuras inadecuadas; y la escasez de inversiones.

Aún con los recursos humanos especializados del área, no es suficiente para atender las necesidades de este grupo poblacional en particular. Por lo tanto, con el fin de proporcionar intervenciones rápidas e integrales para mantener y restaurar la funcionalidad mental, emocional, física y social de los ancianos, es necesario desarrollar una herramienta práctica que permita al médico de familia y a otros profesionales de atención primaria identificar los factores de riesgo, los síndromes geriátricos y la comorbilidad asociada de una manera práctica.

Los beneficiarios principales de este trabajo serán los adultos mayores de la comunidad, las familias, los líderes comunitarios entes vitales que podrán acceder a la información levantada para conocer la realidad en salud de su población.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Dada la importancia y relevancia de la evaluación geriátrica integral, es imperativo tener en cuenta los problemas de salud globales que experimentan los adultos mayores.

En un estudio realizado por los el experto Ibararán & Oliveri (2020) se menciona que el uso de las pruebas está más extendido y es más eficaz en las naciones europeas debido a las políticas que se pusieron en marcha hace veinte o veinticinco años, que permitieron la coexistencia de distintos modelos de financiación o mecanismos de funcionamiento. Estos mecanismos se hicieron más evidentes cuando existía una base sólida de protección social, sobre todo en forma de pensiones y asistencia sanitaria para las personas mayores, que permitía mejorar la calidad de vida de este grupo de edad mediante la evaluación preventiva.

El estudio según los autores Echagüe y otros (2023) en su estudio sobre el estado de salud de los adultos mayores de un hospital geriátrico demostró ciertos valores después de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral, donde se encontró el 18% presentó riesgo nutricional, 43% de la población estudiada presenta dependencia leve para las actividades de la vida diaria y 12% para las actividades instrumentales. También se puede decir que el 18% tiene riesgo cognitivo, el 6% de los adultos mayores presento depresión y el 30% con riesgo social, con estos antecedentes se puede manifestar que las poblaciones estudiadas constantemente presentan múltiples riesgos y de acuerdo con el estudio realizado en este país se puede evidenciar carencia en el sistema de salud.

En Ecuador, se encuentra en proceso de evolución estadística la expresión

demográfica que muestra como los ancianos en el año 2010 representaron el 7% y que para el 2050 constituirán el 18% de la población lo menciona (Valverde, 2022) y a división por sexo de la demografía nacional adulta mayor de acuerdo con el INEC fue de 53% para las mujeres y de 47% para los varones.

El estado de salud de los adultos mayores en Ecuador es crítico porque esta población tiene altas necesidades de servicios relacionados con el envejecimiento, lo que significa importantes costos públicos y privados para el Estado. Además, existe una importante disparidad en el acceso a diversos servicios, como vivienda, salud, medicamentos, entre otros. Las personas que viven en las zonas rurales de todas las provincias ecuatorianas son las más vulnerables a estos derechos; es importante señalar que los índices de pobreza extrema en las zonas urbanas son del 11,3%, muy inferiores a los de las zonas rurales (43,6%), sobre todo por las mayores carencias que allí existen y tienen menos acceso a servicios básicos (Waters et al, 2020).

2.2 Marco teórico

2.2.1 Adulto mayor

Según la Constitución de la República del Ecuador, un adulto mayor es aquella persona que ha cumplido 65 años o más. También presentan un deterioro en sus capacidades físicas, psicológicas y mentales, aunque no todas las personas experimentan el mismo deterioro en su integridad, calidad de vida o cuidado personal. Se ha establecido que los adultos mayores son personas que han sufrido cambios a lo largo de los años y que necesitan atención adicional a medida que envejecen para mejorar su calidad de vida y envejecer de manera saludable (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

El envejecimiento es un proceso universal y natural que incluye cambios

biológicos, sociales, fisiológicos y patológicos. Estos cambios se producen de forma generalizada y deben ser objeto de especial atención. Este grupo puede disfrutar de muchos beneficios en la vida, como el derecho a la salud; sin embargo, la Ley Orgánica de las Personas Mayores estipula que para prevenir el inicio de enfermedades evitables y mantener el pleno disfrute de la vida en esta etapa, se deben atender ciertos factores (LOPAM) (Auxiliadora et al, 2019).

Debido a una serie de cambios en diversos órganos y sistemas que provocan la pérdida de reserva física como consecuencia del envejecimiento, los pacientes geriátricos son personas de edad avanzada que requieren cierta asistencia para realizar las tareas básicas de la vida diaria según (Pullutasig et al, 2023), por ende, es preciso comprender que la vejez forma parte del ciclo de vida natural de las personas.

Clasificación de la Adulthood Tardía

- 65 - 74 años (Adulto Mayor Joven).
- 75 - 84 años (Adulto Mayor Mayor)
- 85 - 99 años (Adulto Mayor Muy Viejo)
- 100 (Centenario)

2.2.2 Tipos de envejecimiento

Se mencionan los siguientes tipos de envejecimiento

Anciano sano: Se trata de una persona mayor que no está objetivamente enferma. No presenta ningún problema mental o social relacionado con su salud, y su capacidad

funcional está bien conservada. Además, es autónomo tanto para las actividades instrumentales como para las actividades básicas de la vida diaria (Gonzalez et al, 2019).

Anciano enfermo: Es esa persona mayor con buena salud que padece una enfermedad grave actuaría como un adulto que padece una enfermedad. Normalmente no tienen ninguna otra enfermedad grave ni problemas mentales o sociales, sino que son personas que acuden al médico en busca de consejo o ingresan en un hospital para someterse a un procedimiento específico. Los servicios sanitarios convencionales de la especialidad médica correspondiente pueden abordar y resolver sus problemas de salud de forma habitual (Gonzalez et al, 2019).

Anciano frágil: Es un individuo mayor muy susceptible de ser dependiente y cuya independencia se mantiene de forma precaria. Este individuo tiene una o más enfermedades subyacentes, pero debido a un cuidadoso equilibrio con su entorno socio familiar, es capaz de preservar cierto grado de independencia básica cuando sus condiciones se tratan adecuadamente. En determinadas situaciones, una combinación de acontecimientos interrelacionados (hospitalización, ajustes de la medicación, infecciones, caídas, etc.) puede dar lugar a un estado de autonomía disminuida que requiera la utilización de servicios sociales y/o sanitarios. Aunque podrían tener dificultades con las tareas instrumentales más exigentes, estos ancianos frágiles parecen tener una buena capacidad funcional para las actividades fundamentales de la vida diaria (autocuidado). El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad (Gonzalez et al, 2019).

Paciente geriátrico: Es un paciente anciano que padece una o más enfermedades subyacentes avanzadas y crónicas, y que está claramente incapacitado. Estos pacientes necesitan ayuda de otras personas, dependen de ellas para actividades cotidianas fundamentales (como el cuidado personal) y con frecuencia presentan anomalías mentales y problemas sociales. Dicho de otro modo, el llamado paciente geriátrico es una persona mayor para la que la capacidad del entorno para atender sus necesidades se ha desequilibrado, lo que ha provocado dependencia y discapacidad (Gonzalez et al, 2019).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento de la población que es evidente en todo el mundo y su ritmo más acelerado en América Latina no pasan desapercibidos en las zonas rurales. En Ecuador, la población está envejeciendo, las enfermedades no transmisibles son cada vez más comunes en los adultos mayores y como resultado, hay más personas vulnerables a la dependencia funcional, lo que conduce a un aumento de la demanda de atención sanitaria. El conjunto de estos factores constituye la transición demográfica de Ecuador (Dávila, 2022).

2.2.3 Proceso de envejecimiento

Aunque cada persona experimenta el envejecimiento de forma diferente, se trata de un proceso natural que se describe como un proceso continuo con múltiples transformaciones. El envejecimiento es una realidad innata del ser humano, que presenta cambios en las características físicas, psicológicas, mentales y sociales de cada individuo (Rodríguez N. , 2019), menciona que el envejecimiento influye la edad, la salud y la sociedad. En la sociedad, se considera que el envejecimiento se está produciendo de forma más rápida y acelerada en la población.

Envejecimiento normal

Es el proceso que da lugar a un envejecimiento saludable; implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales en el organismo que ocurre gradualmente en todos los seres humanos como resultado del envejecimiento y del paso del tiempo, y no tiene nada que ver con ninguna patología como la discapacidad funcional o la enfermedad crónica que son provocadas por factores ambientales o de estilo de vida (Villaviciencio et al, 2020).

Envejecimiento patológico

Se trata de un proceso en el que surgen alteraciones, complicaciones y dependencia que conducen a la aparición de enfermedades crónicas que alteran el equilibrio físico, mental y social del anciano. Esto repercute en la disminución de la calidad de vida del sujeto y en la progresión de su salud (Contreras, 2022).

Se trata de una reducción de los sistemas termorreguladores de los ancianos, todo lo cual puede ser peligroso para su salud (Martínez et al., 2018).

2.2.3.1 Cambios en el proceso del envejecimiento.

En el proceso de envejecimiento existen varios cambios dentro estos tenemos:

2.2.3.1.1 Cambios físicos y fisiológicos.

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios, incluida una disminución en las funciones corporales del adulto mayor. En muchos casos, esta degradación se traduce en una pérdida de reflejos y lentitud de movimientos debido al deterioro del sistema nervioso. Por otro lado, los factores endógenos, la autoinmunidad y

los trastornos genéticos provocan una respuesta inadecuada de la célula, una célula que no responde en absoluto o una respuesta que no se adapta a las circunstancias, lo que hace que el organismo sea vulnerable (Ministerio de Inclusión Económica y social, 2020).

2.2.3.1.2 Cambios psicológicos.

Las personas mayores experimentan cambios y ajustes psicológicos relacionados con la sabiduría, la regulación de las emociones, la soledad, la disminución de la capacidad mental y la autoestima, lo que con frecuencia hace que el adulto mayor se aíse. Debido a las condiciones de vida inadecuadas, la mala salud física o el acceso limitado a apoyo y servicios de alta calidad, algunas personas en este rango de edad son más susceptibles a la depresión y la ansiedad (Ministerio de Inclusión Económica y social, 2020).

2.2.3.1.3 Cambios sociales.

La posición social de los adultos mayores está determinada por una variedad de factores socioeconómicos, culturales y demográficos. Estos factores también influyen en la forma en que los adultos mayores participan en actividades económicas, sociales, familiares y culturales. Sin embargo, hay cambios significativos a nivel sociológico porque los adultos mayores ya no pueden interactuar entre sí, con sus familias o con la comunidad (Hernandez et al, 2021).

2.2.4 Estado de salud

Gozar de buena salud va más allá de simplemente no estar enfermo o discapacitado; Abarca todos los aspectos del bienestar físico, mental y social. Es un derecho humano fundamental inalienable, indivisible, intransferible, cuya protección y

garantía es deber primordial del Estado. Es el resultado de un proceso colaborativo en el que el Estado, la sociedad, las familias y los individuos se unen para crear entornos, estilos de vida y entornos saludables (Dávila, 2022).

La salud pública abarca los métodos científicos y artísticos para prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar el bienestar físico a través de esfuerzos comunitarios coordinados para mantener la limpieza ambiental, controlar las infecciones dentro de la comunidad, educar a las personas sobre la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para la detección y el tratamiento tempranos de enfermedades, y establecer una infraestructura social que garantice que cada miembro de la comunidad tenga un nivel de vida suficiente para mantener Salud (Organización Panamericana de la salud, 2020).

2.2.4.1 Situación del adulto mayor en el Ecuador.

En Ecuador, la situación de los adultos mayores es tal que seis de cada diez dependen de sus familiares para su apoyo económico. Además, un gran número de estas personas experimentan abuso físico, psicológico y/o sexual, así como abandono. Estos eventos a menudo están relacionados con la toma de sus posesiones por parte de los parientes más cercanos. Debido a sus hábitos alimenticios esporádicos, muchas personas mayores sufren patología o, en otras situaciones, desnutrición.

La población anciana en Ecuador es más propensa a tener enfermedades que afectan su capacidad para funcionar normalmente en las zonas rurales debido al acceso restringido a los servicios de salud (Dávila, 2022).

2.2.4.2 Factores que inciden en el estado de salud de la población adulta mayor.

El estado de salud de los adultos mayores depende de diversos factores:

La salud física

Mantener la independencia, la funcionalidad y la calidad de vida en los adultos mayores depende en gran medida de la salud física. El cuerpo y la salud de las personas cambian con la edad, lo que requiere un tratamiento específico.

El estado cognoscitivo

El estado cognitivo se define como el conjunto de varios procesos que permiten a los seres humanos realizar sus tareas diarias. Consiste, entre otras cosas, en las funciones ejecutivas, el lenguaje, la atención, la memoria, la praxis y las habilidades visoespaciales. Es más probable que estas funciones se vean comprometidas en las personas mayores (Rodríguez et al, 2021).

El estado de ánimo

El estado de ánimo de los adultos mayores es un aspecto crucial de su bienestar emocional y mental. A medida que las personas envejecen, pueden experimentar una variedad de cambios en su estado de ánimo, influenciados por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Las condiciones sociofamiliares.

La calidad de vida y el bienestar general de las personas mayores están muy influenciados por sus circunstancias sociofamiliares. La forma en que se combinan los

elementos sociales y familiares puede tener un gran impacto en la salud física y mental de las personas mayores.

Debido a que las enfermedades crónicas y degenerativas son más comunes en las personas mayores, cabe destacar que estos factores se vuelven más significativos en los adultos mayores que en los adultos jóvenes. Por ejemplo, esta población es mucho más propensa a experimentar cambios en el estado mental. Estos cambios, cuando se combinan con otras condiciones a largo plazo como la diabetes, la hipertensión, la osteoartritis, la degeneración macular y algunas de las condiciones subclínicas comunes al envejecimiento, causan un mayor deterioro de la salud, lo que impacta no solo en el componente físico, sino que también crea una situación de dependencia (Balladares et al, 2023).

2.2.4.3 Enfermedades prevalentes en los adultos mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el Alzheimer, enfermedades más comunes presentes en los adultos mayores. Muchas de estas enfermedades se presentan sin ningún síntoma, lo que impacta negativamente en la salud de los adultos mayores debido a los avances significativos en estas condiciones que podrían haberse evitado con un diagnóstico temprano (Vera et al, 2022).

Dado que los miembros de la familia deben mudarse a áreas urbanas debido a la dinámica laboral y social, los adultos mayores pasan una cantidad significativa de tiempo solos, lo que afecta directamente sus problemas de depresión. Este es un factor importante que desalienta la prestación de cuidados inadecuados a las personas mayores. Las enfermedades relacionadas con las condiciones sociofamiliares en las zonas rurales son

causadas por el abandono de los miembros de la familia a sus antepasados. Pueden conducir a circunstancias de mayor dependencia física, deteriorar la salud mental o inducir cambios de humor. Por otro lado, dado que, generalmente, las personas mayores no perciben una pensión o no están en capacidad de trabajar, pasan a depender económicamente de sus familiares, generándoles inseguridad y temor, y ocasionándoles alteraciones anímicas y conflictos familiares, los que a su vez repercuten en su salud.

2.2.4.4 Promoción del estado de salud.

Gozar de buena salud es el mejor recurso para la sociedad y las personas mayores. Para mantener una buena salud, se debe promover un control médico adecuado de forma continua para prevenir morbilidades que empeoren el bienestar de las personas mayores. Mantener una buena calidad de vida y preservar la independencia total es necesario para ser autosuficiente tanto en las actividades diarias básicas como en las avanzadas (Salamaca et al, 2019).

A planificado en términos de autonomía para prevenir y contraer patologías que pueden ser evitadas mediante un diagnóstico oportuno, la atención integral tiene como objetivo preservar la calidad de vida del adulto mayor mientras se considera el trabajo que realiza el equipo interdisciplinario en la salud del adulto mayor (Gutiérrez et al, 2021) menciona que la atención integral es una de las tareas más dinámicas y complejas que se puede presentar en el sistema público de salud, donde se evidencia los cuidados, satisfacción y las necesidades que debe tener el adulto mayor siempre contando con la eficiencia y eficacia para preservar la vida.

2.2.5 Valoración Geriátrica integral

Entre los instrumentos más sencillos y específicos disponibles, consta de cuatro

secciones y garantiza una atención médica suficiente y de alta calidad para los pacientes.

Por lo tanto, hacer una evaluación geriátrica exhaustiva es crucial porque ayuda a identificar los problemas que enfrenta la población mayor y, cuando se aborda con prontitud, mejora la calidad de vida de este grupo demográfico vulnerable (Calahorra et al, 2021).

2.2.5.1 *Objetivos y beneficios de la Valoración Geriátrica Integral.*

El objetivo fundamental de la valoración geriátrica integral es el que permite diseñar un plan personalizada de manera preventiva y rehabilitador menciona (Sánchez et al, 2020) y mediante ello lograr la independencia y además mejorar calidad de vida del mayor se puede:

Conocer la situación actual en el momento de la evaluación del adulto mayor adecuar el enfoque diagnóstico al paciente adulto mayor.

Evaluar el efecto funcional de la enfermedad

Diseñar estrategias y planes por el equipo interdisciplinario sobre cuidados al adulto mayor mediante un tratamiento y tácticas para que se pueda desenvolverse del entorno familiar.

Mejorar el uso de recursos sanitarios y sociales.

Proporcionar el seguimiento oportuno y eficaz del paciente mayor.

2.2.5.2 *Esferas de la valoración geriátrica integral.*

La valoración geriátrica integral (Wanden, 2021) es un conjunto de métodos e

instrumentos que permiten la evaluación e identificación de los problemas primarios de salud a los que se enfrenta la población de edad avanzada mediante la medición de varios elementos, entre ellos:

2.2.5.2.1 *Esfera clínica.*

El dominio clínico está formado por el examen físico, la anamnesis y la historia clínica del paciente. Es una herramienta diagnóstica que facilita la creación de una estrategia dirigida al abordaje global de la persona, especialmente en los casos en los que los problemas clínicos agudos y crónicos aparecen de forma atípica.

Durante la entrevista, utiliza palabras concisas en un tono de voz profundo sin gritar. Siempre que sea posible, hable directamente con el paciente; Pero, si hay algún problema médico que lo prohíba, entonces debe confiar en la información que la familia o el cuidador del paciente pueda proporcionar (Wanden, 2021).

A través de una evaluación clínica, el objetivo de la esfera clínica es verificar cualquier complicación o anomalía que el paciente pueda presentar como consecuencia de sus patologías, así como conocer más sobre las enfermedades que puede presentar el paciente y las consecuencias que puede presentar en su estado de salud general. También se evalúan los posibles tratamientos.

2.2.5.2.2 *Esfera funcional.*

Según (Chavarro, y otros, 2020) menciona que la evaluación funcional mide la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria y determina su nivel de independencia y dependencia. La capacidad de las personas mayores para realizar las tareas diarias, participar en actividades regulares y

preservar su independencia constituye la base de la evaluación del área funcional.

El autor, (Malavé, 2022) da a conocer que en la esfera funcional se debe valorar los siguientes aspectos tales como:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Actividades universales, conectadas con la supervivencia y la condición humana, con los requisitos fundamentales cumplidos, auto dirigidas y que necesitan poco trabajo mental son las características de las actividades básicas de la vida diaria, o ABVD. Consisten en la nutrición, la higiene personal, el lavado, la ropa, el desplazamiento, el sueño y la relajación.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

A diferencia de las actividades básicas, implican procesos cognitivos y motores más complejos, e implican interacción con el entorno, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están más sesgadas culturalmente, conectadas con el entorno y, por lo general, instrumentales.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Participar en actividades sociales, actividades de ocio, empleo, viajes y ejercicio físicamente exigente se consideran actividades avanzadas de la vida diaria o AAVD.

Para la valoración funcional se aplica la escala Sarco-Gs; donde aporta una gran fiabilidad y deja ver las necesidades que precisa cada paciente valorando la funcionalidad o la capacidad que tiene el paciente (Carrasco et al, 2023).

Fragilidad

El término "fragilidad" se refiere al deterioro funcional fisiológico y sistémico de los numerosos órganos y sistemas de un adulto mayor, lo que afecta su capacidad para adaptarse a los factores de riesgo y manejar los factores estresantes. También tienen una mayor probabilidad de caerse, ser hospitalizados, institucionalizados y, en muchas circunstancias, fallecer. Esto está directamente relacionado con el deterioro de la persona hasta convertirse en una dependencia o discapacidad (Acosta et al, 2022).

Sarcopenia

Menciona (Reina et al, 2019) que la sarcopenia es causada por una variedad de factores. Por ejemplo, la sarcopenia primaria ocurre cuando no hay factores causales específicos aparte de la edad, mientras que la sarcopenia secundaria es causada por un factor desencadenante demostrable que no es la edad. La sarcopenia es un síndrome que se caracteriza por la pérdida progresiva generalizada de fuerza y masa muscular esquelética con riesgo de discapacidad física, peor calidad de vida y muerte.

Clasificación de la sarcopenia

La evaluación del riesgo de caídas se usa para determinar si usted tiene un riesgo bajo, moderado o alto. Si evaluación indica que su riesgo es mayor, el profesional de la salud o el proveedor de cuidados le puede recomendar estrategias para prevenir las caídas y reducir el riesgo de lesiones.

Tabla 1*Clasificación de la sarcopenia*

Clasificación	Definición
Sarcopenia primaria	Se relaciona con la edad y el envejecimiento. No altera ningún otro causante.
Sarcopenia secundaria	Ocurre cuando existe una enfermedad sistemática.
Sarcopenia aguda	Si presenta una duración menor a 6 meses y es asociado con las enfermedades agudas.
Sarcopenia crónica	Tiene una duración mayor a 6 meses, también están asociados con las enfermedades progresivas por las tanto representa un mayor riesgo de mortalidad.

Nota: (Rojas et al, 2019)

2.2.5.2.3 *Esfera Mental.*

La enfermedad o degeneración que impide la autonomía de la persona mayor está determinada por los dos componentes del examen mental, que son el cognitivo y el afectivo. Además, la alteración del sueño, la función afectiva y la función cognitiva se evalúan en relación entre sí dentro de este dominio (Balladares et al, 2023)

Área cognitiva

La pérdida o modificación de la memoria, la percepción y las habilidades de resolución de problemas se conoce como deterioro cognitivo. El indicador más obvio de

deterioro cognitivo es el deterioro de la memoria. La capacidad mental tiene que ver con la orientación, la memoria, el lenguaje y la fluidez verbal en los adultos mayores. También evalúa la condición cognitiva de las personas evaluadas y detecta rápidamente el deterioro mental y la demencia (Russell et al, 2019).

Área afectiva

La evaluación del estado emocional o afectivo de un adulto mayor tiene como objetivo medir qué tan satisfecho, feliz o complaciente se siente con su vida. Con frecuencia, este tema se pasa por alto y no se denuncia en las personas mayores; Sin embargo, múltiples estudios han demostrado que las personas con depresión tienen tendencia a aumentar su morbilidad, y que el estado emocional de un adulto mayor es un factor de calidad de vida y, en consecuencia, de salud (Flores et al, 2021).

Para realizar un cribado de la depresión se cuentan con algunos instrumentos; sin embargo, la Escala de Yesavage, corresponde a la más difundida, utilizada y validada (Flores et al, 2021).

2.2.5.2.4 *Esfera social.*

Debemos que considerar (Carmina, 2021) señala que diversas variables para entender cómo interactúan las personas mayores con su entorno. Su entorno social tiene un impacto directo en el desarrollo de sus enfermedades y en su salud en general.

Esto significa que se requiere cierta información, como su residencia, arreglos de vivienda, estado de cuidador principal, características de la vivienda (como impedimentos arquitectónicos), nivel de ingresos, etc. Se dispone de varias medidas para reunir datos y evaluar la idoneidad del medio ambiente; la escala sociofamiliar de

Gijón es una de las más utilizadas. Evaluar el entorno de vida de un adulto mayor es crucial, ya que puede tener un impacto directo en su salud. Se deben considerar factores como el estado del cuidador principal, las características del hogar, el nivel de ingresos y el área de residencia (Medina, 2021).

Los autores (Monje et al, 2019) indica que la situación de la población adulta mayor de Ecuador es lamentable, ya que el Censo de Población y Vivienda del INEC 2010 encontró que el 57,4% de la población adulta mayor del país vivía en pobreza extrema. Esto demuestra que las personas mayores en el Ecuador no pueden aspirar a disfrutar de una vejez digna debido a sus pobres circunstancias socioeconómicas. Una parte importante de este grupo debe seguir trabajando hasta la vejez, ya que no tiene una pensión u otra fuente permanente de ingresos.

2.3 Bases legales

2.3.1 Constitución del Ecuador

Además se puede enfatizar que el estado Ecuatoriano garantiza los derechos que mención a en el Art. 38.- Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

La constitución de la Republica de Ecuador (2008), en el artículo 35, 36, 37, 38 define como adulto mayor a ciudadanos/as que han cumplido los 65 años o más, estos llegan a conformar un grupo de atención prioritaria, los mismos que pueden gozar de

varios beneficios especializados en ámbitos públicos y privados granizando los derechos a la salud, mediante una atención gratuita siendo esto una situación que se debe precautelar evitando la aparición de enfermedades prevenibles y rescatado el disfrute pleno.

Tabla 2

Artículos de la Constitución de la Republica del Ecuador

Articulo	Contenido
Art. 35	Reciben una atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.
Art. 36	Se considera persona adulta mayor los que han cumplido los 65 años y prevalecen la inclusión social.
Art. 37	Garantiza los derechos como la atención gratuita, especializada en la salud y el acceso de manera gratuita a las medicinas.
Art. 38	Establece políticas públicas para fomentar la autonomía personal.

Nota: Tomado de (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.3.2 Ley Orgánica del Adulto Mayor (LOPAM)

En 1991, hace 27 años, se aprobó la “Ley del Anciano”, pero era necesario actualizarla y adoptar una nueva normativa acorde con nuestra Constitución del 2008 y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Por ende, en Julio del 2018 aprobaron la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores para garantizar y ampliar derechos y beneficios para los ciudadanos, ecuatorianos o extranjeros que viven en el país, llegando a una afiliación de las personas adultas mayores, en las actividades públicas y privadas, valorando y respetando la

diversidad humana con el objetivo de convivir, contribuir y construir oportunidades reales para el ejercicio de sus derechos.

Teniendo en mente un objetivo específico, como la creación de las normas, reglamentos y lineamientos para la implementación de la LOPAM y la gestión, vigilancia y control del Sistema Nacional Especializado para la Protección Integral de los Derechos de las Personas Mayores; Además, crear sistemas para la protección, el cuidado, la restauración y la restitución de las personas mayores (Auxiliadora et al, 2019).

2.3.3 Ley orgánica de la salud

El objetivo de esta ley es establecer normas que apliquen la Constitución de la República y la garantía del derecho universal a la salud. Se guía por los siguientes valores: de derechos, multiculturales, de género, generacionales y bioéticos; equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad, participación, multiplicidad, calidad y eficiencia (Asamblea Nacional del Ecuador , 2022).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

Cuantitativo

El estudio a realizar el análisis es de manera cuantitativa ya que se identifica todas las problemáticas específicas y concretas que correlacionan al estado de salud que presenta cada adulto mayor de la comunidad Rumipamba Grande de la Parroquia la Esperanza.

3.2 Nivel

Descriptivo

En la presente investigación es de tipo descriptivo debido a que parte de la observación directa y se centra en los resultados obtenidos mediante la aplicación de las diferentes escalas o herramientas de la valoración geriátrica integral, de la misma manera se lleva un análisis de los datos generales y específicos los cuales nos permite exponer los resultados obtenidos.

3.3 Tipo

De campo

La investigación comprende un estudio de campo debido a que por la necesidad geográfica en las que se encuentran los adultos mayores, las visitas domiciliarias fue una opción óptima para la recopilación de datos importantes en la comunidad mediante la aplicación de las escalas de la valoración geriátrica integral además se logra observar directamente la realidad del estado de salud que viven la población adulta mayor en esta comunidad rural.

3.4 Diseño

No experimental

Este trabajo es de diseño no experimental ya que al momento de la evaluación no se han manipulado ningún tipo de variable o suceso dentro de la comunidad, solo se observa los fenómenos o acontecimientos tal como se presentan en su contexto natural de la comunidad.

3.5 Población

La población de la investigación es de 108 adultos mayores vivos comprendidos entre (40) hombres y (68) mujeres entre los rangos de 65 a 95 años; estos datos se obtuvieron gracias al censo comunitario realizado en el año 2023 por los líderes de la comunidad Rumipamba Grande, la población que se detalla en el censo corresponde a adultos mayores que actualmente se encuentran vivas y pertenecen a la comunidad Rumipamba Grande de la Parroquia la Esperanza hace más de un año.

3.6 Muestra

Para la presente investigación se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia debido a que el presente estudio trató de incluir de manera accesible a todos los adultos mayores que cumplan con los parámetros necesarios para la aplicación correcta de las escalas. Este tipo de muestreo se adecuó a la investigación ya que cómo lo menciona Hernández Sampieri (2018), este diseño permite que la elección de los elementos no dependa de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación y del proceso de toma de decisiones de los investigadores, por lo tanto, se trabajó bajo criterios propios que permitieran mantener la fiabilidad de la información y cumplir con el objetivo de la investigación, dando como resultado una muestra de 85 adultos mayores, seleccionados bajo

los siguientes parámetros descritos a continuación:

3.6.1 Criterios de Inclusión

- Personas adultas Mayores que hayan cumplido los 65 años de edad hasta los 95 años.
- Adultos mayores que no pertenezcan a ningún centro de inclusión social como Residenciales, Centros Diurnos o Espacios Activo sean estos estatales o privados.
- Personas adultas mayores residentes por más de 12 meses en la Comunidad Rumipamba Grande perteneciente a la Parroquia la Esperanza.

3.6.2 Criterios de Exclusión

- Personas adultas mayores que no han cumplido los 65 años o que sean mayores a los 95 años de edad.
- Adultos mayores que pertenezcan a centros de inclusión social como Residenciales, Centros Diurnos o Espacios Activos sean estos estatales o privados.
- No ser residente de la comunidad Rumipamba Grande por más de 12 meses.

3.6.3 Criterios de Eliminación

- No obtener la aceptación voluntaria de participar en la investigación
- No firmar voluntariamente el formulario del consentimiento informado

3.7 Técnicas

Revisión bibliográfica

Se realiza una revisión bibliográfica la cual permite el acceso de información relevantes y confiables para así poder desarrollar el marco teórico.

Entrevista

Las técnicas para aplicar son entrevistas y posterior a esto se aplica las escalas de la valoración geriátrica integral el cual garantiza obtener una información organizada y verídica.

3.8 Instrumentos

Mendeley: Es un instrumentó donde se puede obtener una información verídica y confiable para realizar el estudio.

Escalas: Para la entrevista se utiliza instrumentos que ayudan a obtener una información organizada y real del estado de salud del adulto mayor.

Las escalas de la valoración geriátrica integral a utilizar en esta investigación por cada esfera son la siguientes:

Para la esfera clínica:

Kica Ficha Clínica: Este instrumento inicial trata de una historia clínica clásica en base a la entrevista, anamnesis realizada a los adultos mayores para conocer el estado inicial de la población adulta mayor siempre se debe comenzar con una anamnesis detallada para recopilar toda la historia del adulto mayor de las posibles enfermedades que haya tenido a lo largo de su vida ya que esto nos ayudará a comprender posibles secuelas funcionales. La historia clínica en el adulto mayor es de vital importancia (Wanden, 2021).

Para la esfera Funcional:

Escala Sarco-Gs: Evalúa la funcionalidad del adulto mayor mediante una medición subjetiva y objetiva, la escala comprende 7 puntos, indicando que la puntuación máxima es de 14 puntos, mientras que, si presenta una puntuación entre 0 mayor a 3 puntos, indica que la persona presenta sarcopenia.

Escala de incapacidad Cruz roja: Evalúa, la necesidad de ayuda instrumental para la deambulacion es una escala que surge de la traducción y adaptación de escalas de valoración funcional internacionales, clasifica a la persona mayor de acuerdo con la autonomía en tres categorías.

Para la esfera mental:

Evaluación Kica-Cog: Permite evaluar a personas indígenas de los sectores rurales sin escolaridad, dicha escala posee 10 ítems las cuales se enfoca en la orientación, memoria, lenguaje y la fluidez verbal en la cual se puede interpretar que si presenta una puntuación de 33 o menos puede presentar posible demencia (Russell et al, 2019).

Test de Yesavage: Es una herramienta esencial debido a que puede identificar trastornos emocionales y afectivos, es importante conocer la calificación que tiene un total de 15 puntos, pero se divide en puntos de corte que si tienen entre 0-5 no presentan depresión, 6-9 presentan una probable depresión y si tiene entre 10- 15 puntos esto quiere decir que poseen una depresión establecida.

Para la esfera social:

Escala de Gijón: Detecta las situaciones de riesgo y problemas sociales que llega a presentar la persona, evalúa cinco áreas de riesgo social: situaciones familiares, vivienda,

relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social.

3.9 Validación de instrumentos

Los instrumentos para utilizar en el estudio son validados internacionalmente:

Ficha Clínica de Kica y escala de evaluación cognitiva Kica-Cog: Validada por el Instituto Nacional de investigación sobre en el envejecimiento Kimberley Alzheimer Australia Vic y el panel de expertos, del KICA original, en el año 2014.

Escala de Sarco-Gs: La escala de Sarco-Gs fue valida por medio de un estudio realizado bajo el liderazgo del Dr. Armando Luna López con el apoyo de su grupo de investigadores Oscar Rosas Carrasco, Isabel Omaña Guzmán, Ana Isabel García-González y Armando Luna López misma que fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital General Ángeles Mocel y registrado por el Instituto Nacional de Geriatria (2014) y por la Comisión Nacional de Bioética (2019) en México.

Escala de la Cruz Roja: Es creada en el servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja y fue validada en Madrid por médicos expertos Francisco Llera, Salgado Alba y el equipo en el año 1972.

Test de Yesavage: La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en el año 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no, y fue aprobada por los expertos Sheikh y Yesavage en el año 1986.

Escala de Gijón: Este instrumento fue validada en Gijón España por la autora principal de esta escala es Elena Díaz Palacios, una trabajadora social de un centro de salud en Gijón en el año de 1993.

3.10 Viabilidad bioética

Para constatar la viabilidad bioética de la presente investigación se ha llegado a la conclusión de que la participación del GAD parroquial la Esperanza, así como también los líderes comunitarios de la comunidad Rumipamba Grande será de forma activa, ya que depende de estos organismos el permiso para la aplicación de una investigación dentro de esta población descrita, obtenido los permisos correspondientes mediante la aceptación del permiso de investigación por parte de comunidad (Anexo 2) y por parte de GAD de la Parroquia la Esperanza (Anexo 3).

Seguidamente previo al permiso otorgado por el presidente del GAD parroquial y Líder comunitario se aplica los debidos test, mismos que todos los datos obtenidos serán manejados de manera confidente y las mismas utilizadas de una manera exclusiva para la presente investigación.

Una vez obtenido el permiso, para salvaguardar la integridad de las personas adultas mayores se ha visto necesario brindar la información personalizada del objetivo de la investigación, ya que se procede a la socialización y a la firma del consentimiento informado (Anexo 4) sobre el objetivo del estudio de una manera clara y comprensible, siendo uno de los instrumentos que nos permite obtener la viabilidad bioética misma que se aplicara a cada adulto mayor respetando los derechos y la autonomía de cada uno de ellos.

3.11 Presupuesto del estudio

Tabla 3

Presupuesto del estudio

PRESUPUESTO	
RÚBRO	VALOR
Materiales y suministro	200
Material bibliográfico	80
Transporte	250
Alimentación	200
Imprevistos	100
Asesoría externa	80
Inversión	910

Nota: Elaborado por Autores

3.12 Cronograma de actividades.

Tabla 4

Cronograma de actividades

PLANIFICACIÓN SEMANAL DE LA INVESTIGACIÓN						
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Elección del tema para el planteamiento de la investigación.	X					
Revisión bibliográfica para la determinación del problema	X					
Elaboración del ante proyecto y cronograma	X					
Búsqueda de artículos científicos	X	X				
Elaboración del capítulo I Planteamiento del problema, Objetivos, justificación,	X	X				
Elaboración capítulo II	X	X				
Antecedentes, marco teórico, bases legales.						
Selección del test por cada esfera de valoración geriátrica			X			
Visita al GAD de la parroquia y líderes comunitarios		X				
Solicitud de permiso para realizar la toma de datos con los Test de la VGI		X				
Elaboración capítulo III			X			
Enfoque, nivel, tipo, diseño muestra y población						

Revisión del consentimiento informado y aprobado	X		
Aplicación de las fichas de la VGI		X	
Elaboración del capítulo IV		X	X
Análisis y descripción de resultados			
Elaboración de la dedicatoria, agradecimiento, índices, Resumen e introducción.			X
Revisión final.			X
Asignación de los lectores			X
Solicitud de la fecha para las defensas del proyecto			X
Socialización de los resultados			X
Defensa del proyecto de investigación			X

Nota: Elaborado por Autoras

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó a una muestra de 85 adultos mayores pertenecientes a la comunidad Rumipamba Grande, comprendidos desde la edad de 65 a 95 años que constan en la nómina del censo realizado por la comunidad Rumipamba Grande a todos sus habitantes; estos adultos mantienen también como característica el no pertenecerá a ningún grupo de centros de inclusión económica y social como Residenciales, Centros Diurnos o Espacios Activos sean estos estatales o privados.

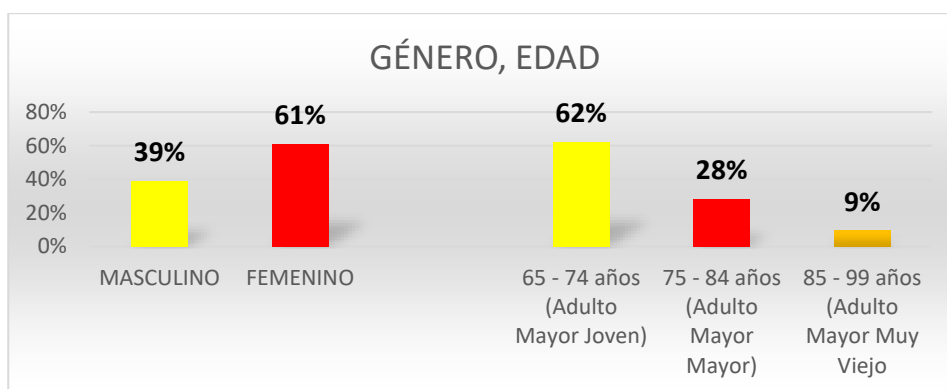
Después de la aplicación de las diferentes escalas de la valoración se obtienen los siguientes resultados según cada esfera de la valoración geriátrica:

4.1 Resultados de la investigación

ESFERA CLÍNICA

Figura 1

Ficha Clínica Kica, género y edad.



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

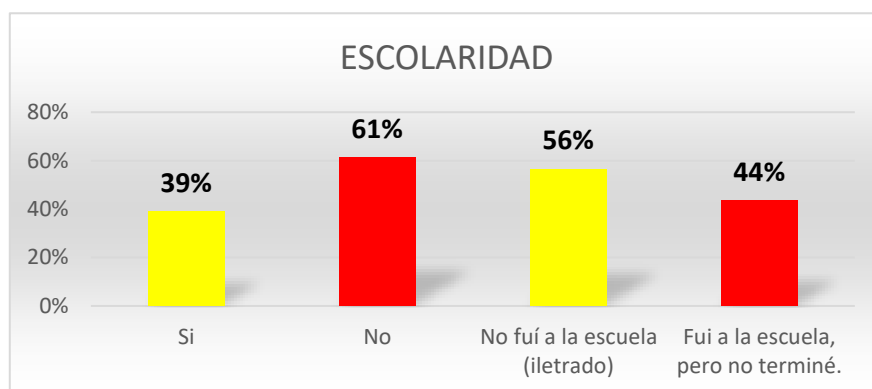
Nota: Elaborado por Autoras

El estudio se realizó en la Comunidad Rumipamba Grande, Parroquia La Esperanza, Ciudad Ibarra, donde se utilizó una muestra de 85 adultos mayores en la cual

se observa que prevalece el género Femenino con un 61% el que corresponde a 52 adultos mayores mujeres, mientras que el género masculino representa el 39% con una frecuencia de 33 adultos mayores masculinos. Con relación a la edad, se puede observar que en esta población predominan los “adultos mayores jóvenes” de 65 a 74 años los cuales corresponden al 62% de la población estudiada seguidamente se encuentran los “adultos mayores mayores” entre los 75 a 84 años representados con un 28%, y por último el porcentaje más bajo con el 9% que pertenece a adultos desde los 85 a 99 años denominados “adultos mayores muy viejos”.

Figura 2

Ficha Clínica Escolaridad



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

Nota: Elaborado por Autoras

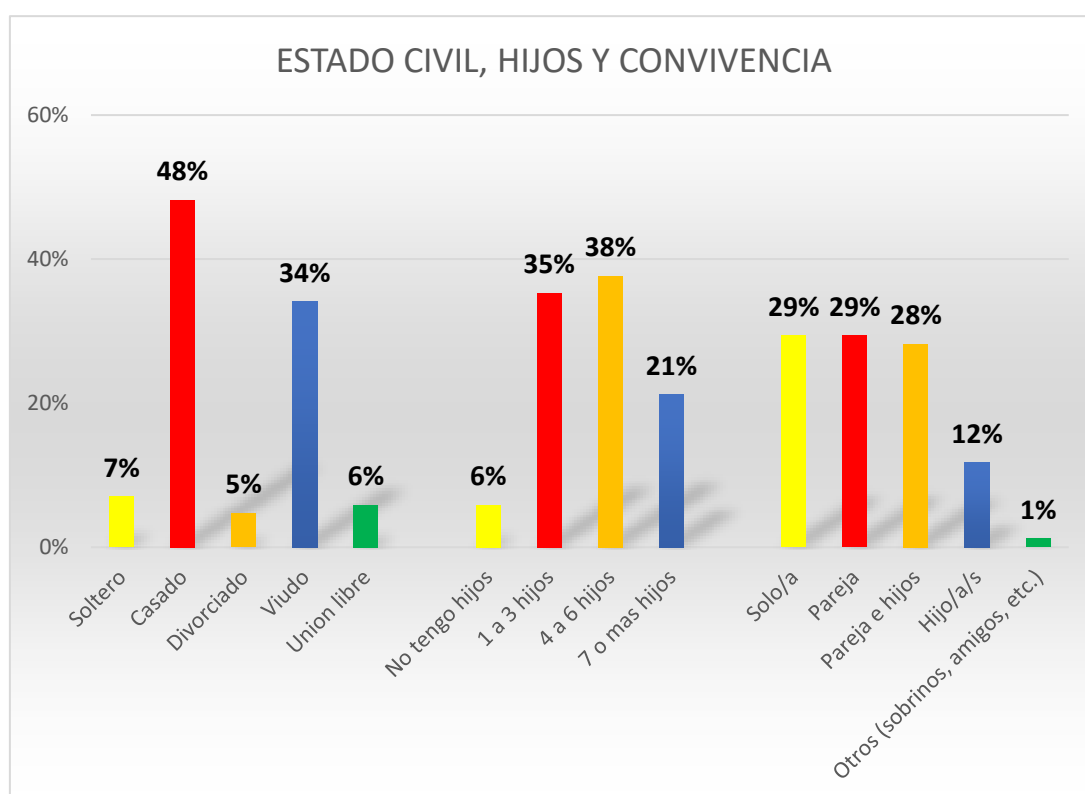
De la población total estudiada se observa que el 39% de los adultos mayores saben leer y escribir, eso quiere decir que solamente 33 de los 85 adultos mayores no son analfabetos, asimismo se evidencia que en esta población el 56% no fue a la escuela, por ende, se denomina iletrado, y que a pesar de que el 44% de la población asistió a la escuela, el 100% de ellos no lograron culminar la educación básica.

Lo mencionado se corrobora con las estadísticas del Ministerio de Inclusión

Económica y Social (MIES) con relación al nivel de escolaridad, en donde se menciona que solamente 8,2% de la población adulta mayor de Imbabura es escolarizada (Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social, 2020).

Figura 3

Ficha Clínica estado civil, hijos y convivencia



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

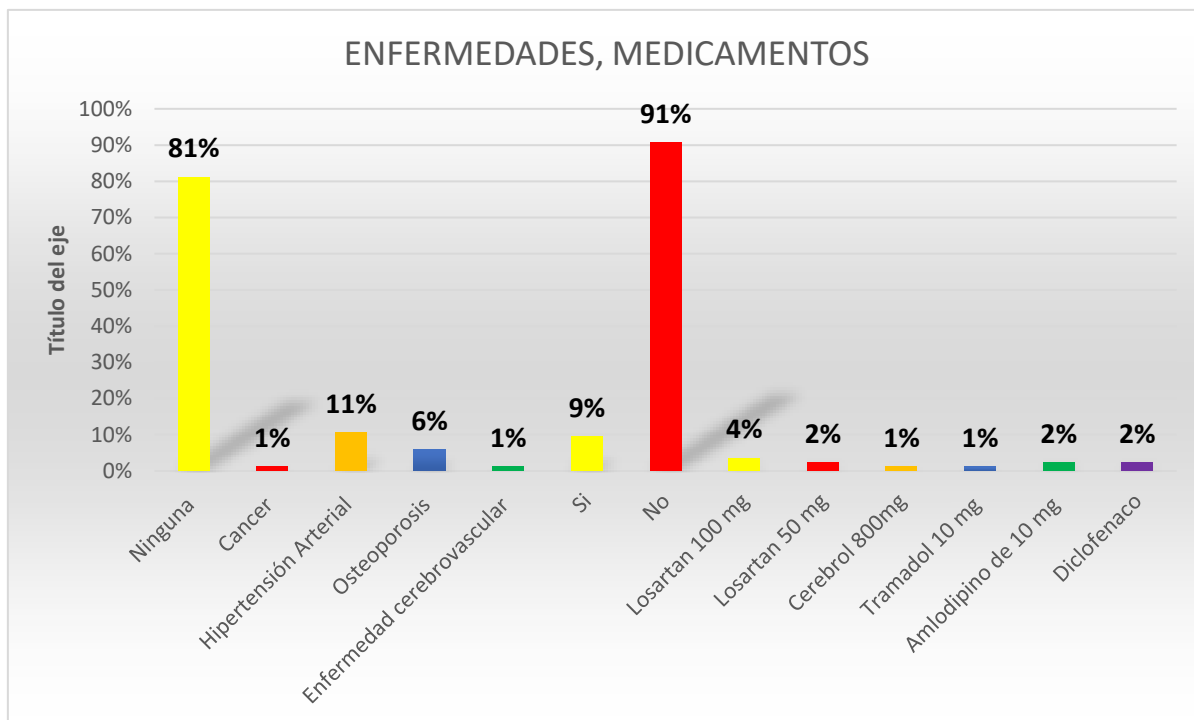
Nota: Elaborado por Autoras

En relación con el estado civil se evidencia que del total de la población estudiada el 48% de los encuestados están casados, el 34% se encuentran viudos, el 7% solteros, el 5% divorciados y el 6% en unión libre, siendo fundamental mencionar que el 30% de la población viven solos, y que el 29% viven con su pareja, seguidamente se resalta que un 28% viven con parejas e hijos, un 12% viven solo con hijos y el 1% vive con otras

miembros, esto puede ser representado por amigos, sobrinos y entre otros.

Figura 4

Ficha Clínica Enfermedades y medicamentos



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

Nota: Elaborado por Autora

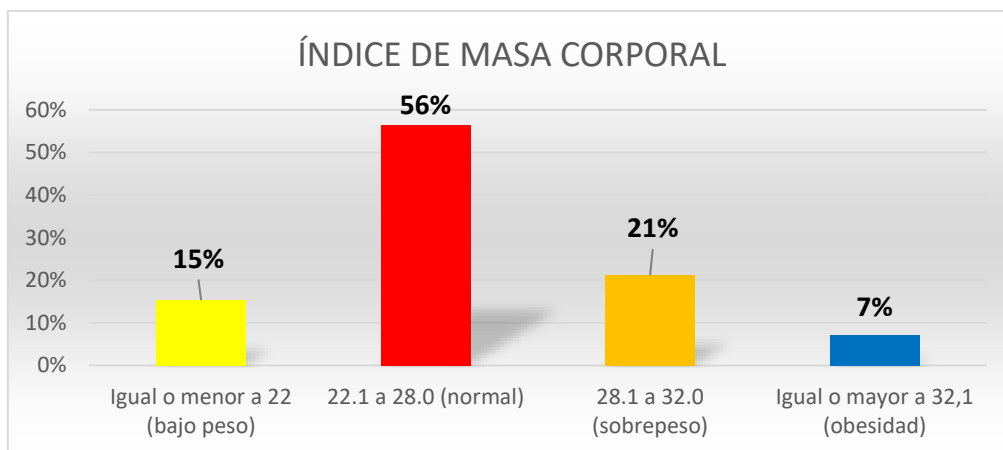
En la población de estudio el 81% no presentan ninguna enfermedad, este dato se alinea a lo manifestado por los propios estudiados, quienes mencionan que ellos desconocen si poseen alguna enfermedad a pesar de tener cierta sintomatología, pero tampoco saben si poseen alguna ya que no visitan con frecuencia un establecimiento de salud y tampoco son visitados seguidamente por un personal de salud que permita el diagnóstico de algún tipo de patología.

Mientras que del 19% que sí poseen una enfermedad diagnosticada el 11% representa poseer hipertensión arterial, el 6% osteoporosis, 1% cáncer y finalmente el 1% enfermedades cerebrovasculares; además el 9% de la población que consumen

medicamentos el medicamento que más prevalece el losartán de 100mg.

Figura 5

Ficha Clínica Índice de masa corporal



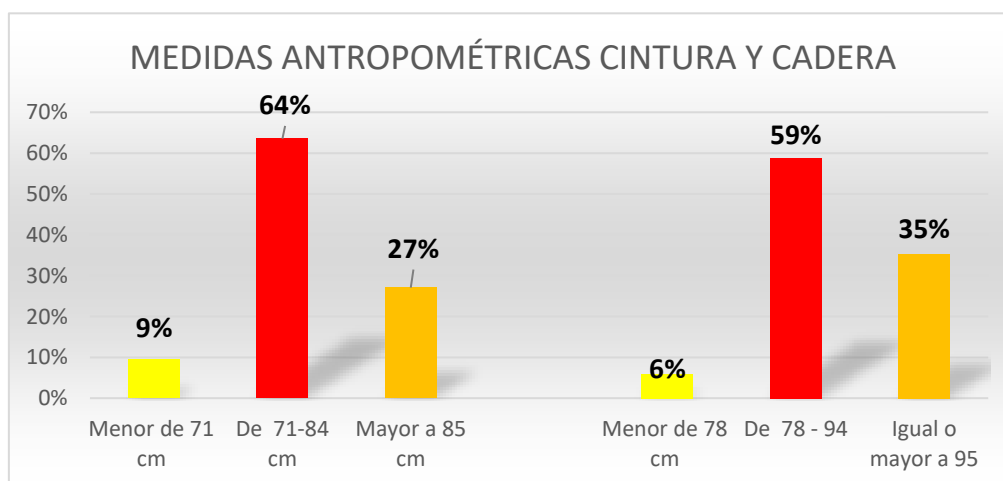
Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

Nota: Elaborado por Autoras

En relación con la masa corporal se destaca que los adultos mayores que se encuentran en un rango normal son equivalentes a un 56%, el 2% representa sobrepeso, el 15% bajo peso y el 7 % presenta obesidad.

Figura 6

Ficha Clínica medidas antropométricas cintura y cadera



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

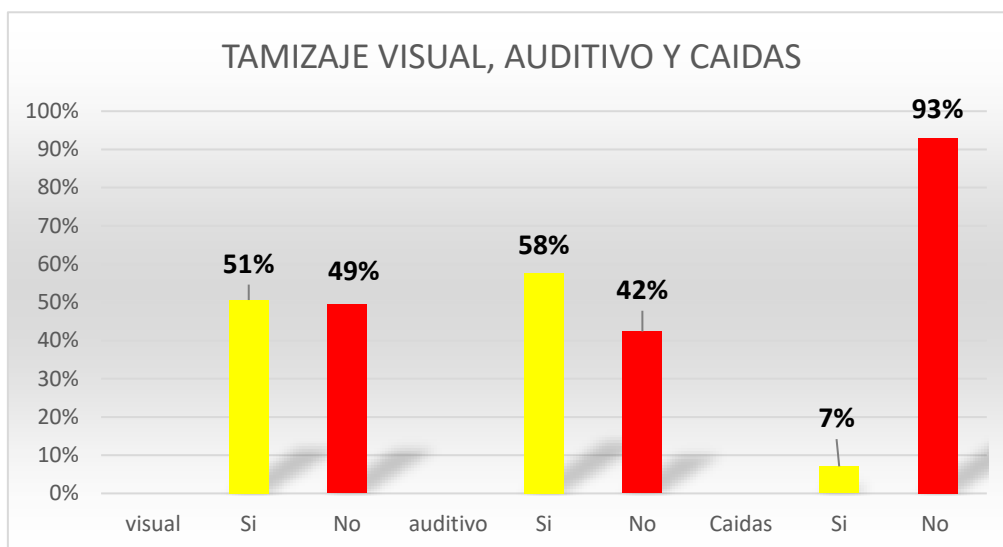
Nota: Elaborado por Autoras

En la valoración de las medidas antropométricas la cintura tiene más prevalencia del rango de 71-84 cm, en donde 64% los adultos mayores se encuentran en un rango normal de cintura, entre estas medidas continua el rango que presenta mayor a 85 cm, con un 27% que presenta una medida no normal, y el 9% que representa a una medida baja ocasionando factores puede afectar en la salud del adulto mayor. En relación con la medida antropométrica cadera se puede observar que el 59% de la población total presenta un rango normal equivalente a de “78 a 94 cm”, seguidamente el 35% representa a un valor de igual o mayor a 95 cm y finalmente el 6% representa a un valor de menor a 78 cm que representa una medida baja.

Con las medidas tomadas se puede describir que la mayoría de la población estudiada presentan valores normales tanto en el perímetro de cintura y de cadera, siendo un indicador de un buen estado de salud, además se puede recalcar que se ha identificado un porcentaje mínimo con valor anormales mismo que pueden estar asociados con la desnutrición, sobrepeso y obesidad, desencadenando en otras enfermedades que afectan el estado de salud y el bienestar del adulto mayor (Moncayo, Moncayo, Zeas, Rosas, & Pesantez, 2022).

Figura 7

Ficha Clínica tamizaje visual, auditivo y caídas



Fuente: Resultados obtenidos de la Ficha Clínica Kica

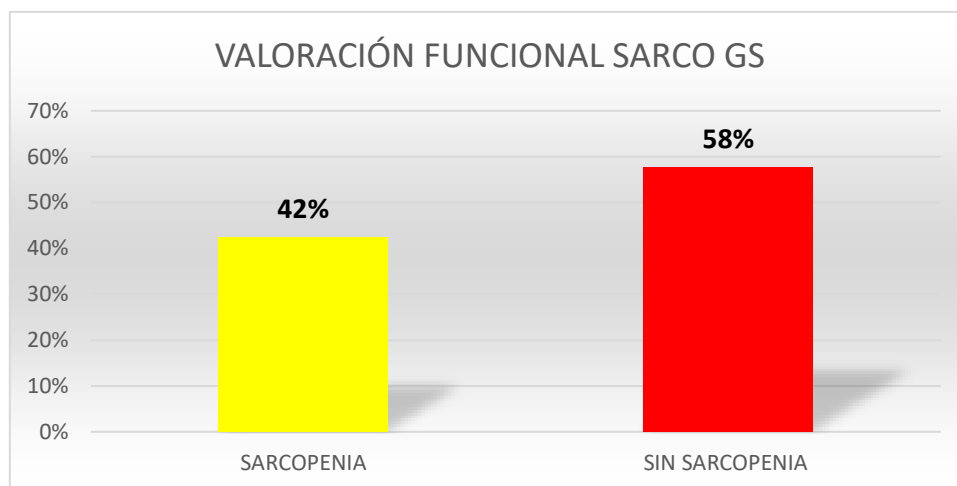
Nota: Elaborado por Autoras

En el tamizaje visual se observa que el 54 % de la población si presentan una disminución visual, de tal manera se evidencia que el 5% presenta una disminución auditiva y esto siendo un posible factor que puede afectar en las caídas, índice en donde se evidencia que el 7% de la población presentan caídas, mientras que el 93% no presentan caídas en las últimas tres semanas estos valores obtenidos pueden afectar en la salud de los adultos mayores y generar una dependencia de funcionalidad.

ESFERA FUNCIONAL

Figura 8

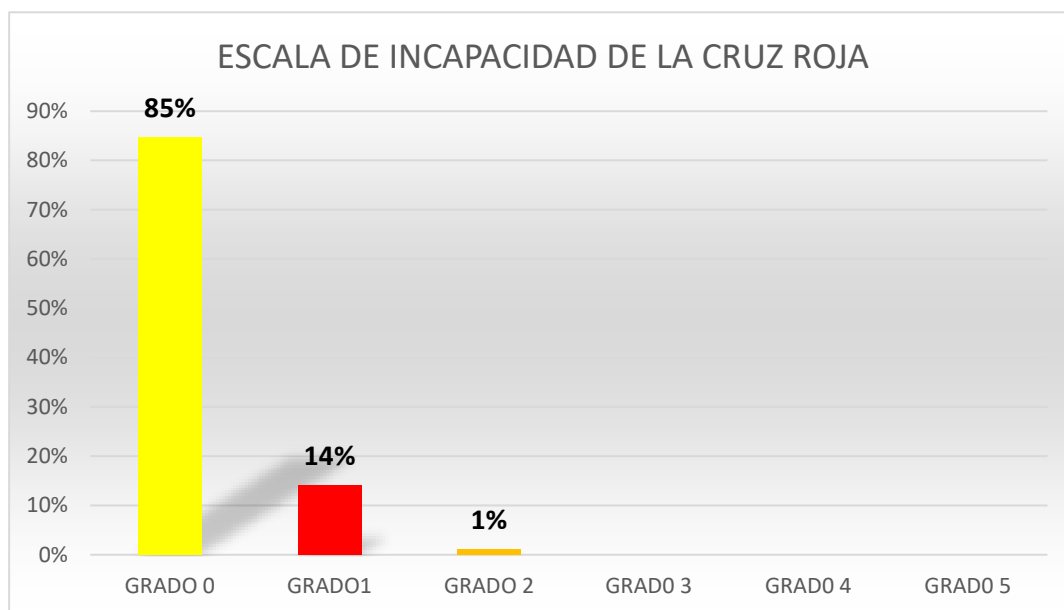
Valoración funcional Sarco Gs



Fuente: Resultados obtenidos de la escala Sarco-Gs

Nota: Elaborado por Autoras

En la escala SARCO-GS se determina que de la población estudiada un 42% representado por 36 adultos mayores presentan sarcopenia, siendo esto un riesgo para generar una dependencia de funcionalidad y pueden presentar fragilidad y riesgo de caída, mientras que al contrario 58% no presentan sarcopenia mismas que no afectan a la funcionalidad de los adultos mayores además se puede mencionar que si no presentan sarcopenia, cada adulto mayor puede mantener las capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria así mismo pueden llevar un estilo de vida saludable (Donate, 2020).

Figura 9*Escala de incapacidad de la Cruz Roja*

Fuente: Resultados obtenidos de la escala de incapacidad de la Cruz Roja

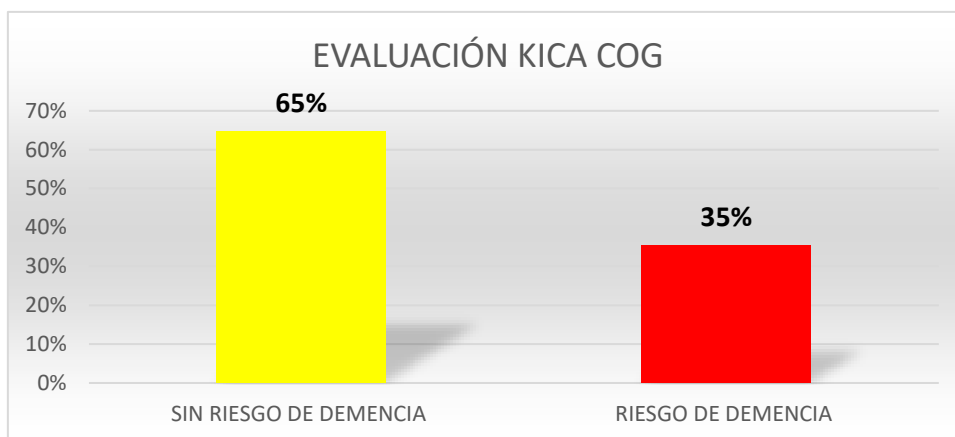
Nota: Elaborado por Autoras

En este caso se observa en la escala de incapacidad de la Cruz Roja, el 85% correspondido a 72 adultos mayores de la población estudiada presenta un grado 0 mismo que significa que los adultos mayores presentan una independencia total siendo esto que se valen por sí mismos, y solamente 13 adultos mayores representados con el 14% presenta una grado 1 y 1% con un grado 2 donde se evidencia que pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria pero necesitan una ayuda para la deambulaci3n y el grado dos presenta dificultada en las actividades b3sicas de la vida diaria, necesita ayuda y se vale por una ayuda t3cnica para la movilizaci3n, considerando que los adultos mayores de estudio presenta una independencia total se manifiesta que este grado de independencia favorece al envejecimiento mejorando la calidad de vida, adem3s permite que los adultos mayores pueden realizar las actividades de manera aut3noma.

ESFERA MENTAL

Figura 10

Evaluación Kica Cog

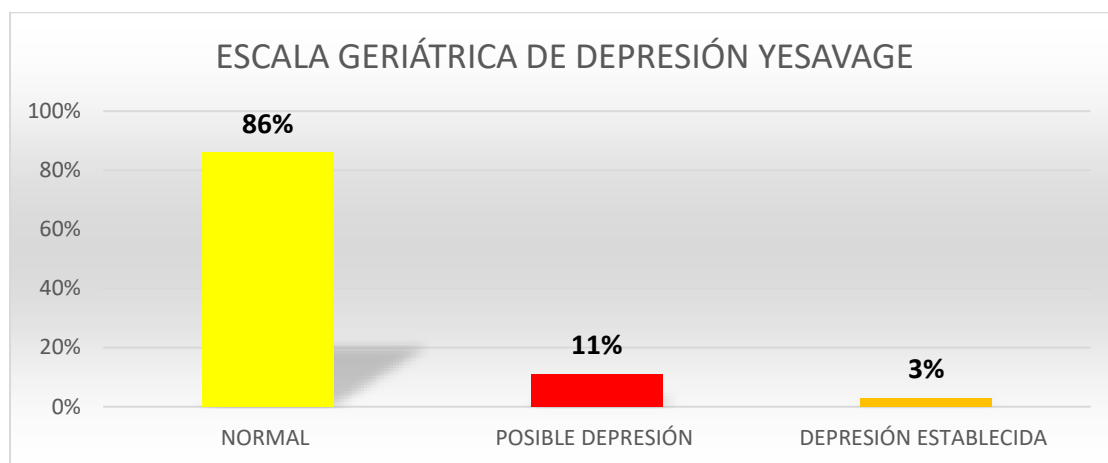


Fuente: Resultados obtenidos de la evaluación KICA-COG

Nota: Elaborado por Autoras

En la esfera de valoración cognitiva en la que se evaluó a 83 adultos mayores con la evaluación Kica-Cog, se pudo identificar que el 65% lo que corresponde a 55 adultos mayores no posee riesgos de demencia, mientras que por el contrario del 35% de la población estudiada que corresponde a 30 adultos mayores poseen el presentar riesgo de demencia.

Con los resultados obtenidos se puede mencionar que en un mayor porcentaje de los adultos mayores no presentan riesgo de demencia, esto se asocia a varios factores protectores que presenta la población como es la alimentación saludable, actividades de ocio, sueño y el bajo consumo de sustancia tóxicas, de la misma manera se puede recalcar que un mínimo porcentaje presenta de demencia estos son provocados por distintos factores de riesgo como es la edad, sexo entre otros encadenando a enfermedades en primera instancia el Alzheimer, seguidamente demencia vascular y otras (Fernández, Broche, & Jiménez, 2022).

Figura 11*Escala Yesavage*

Fuente: Resultados obtenidos de la escala YESAVAGE

Nota: Elaborado por Autoras

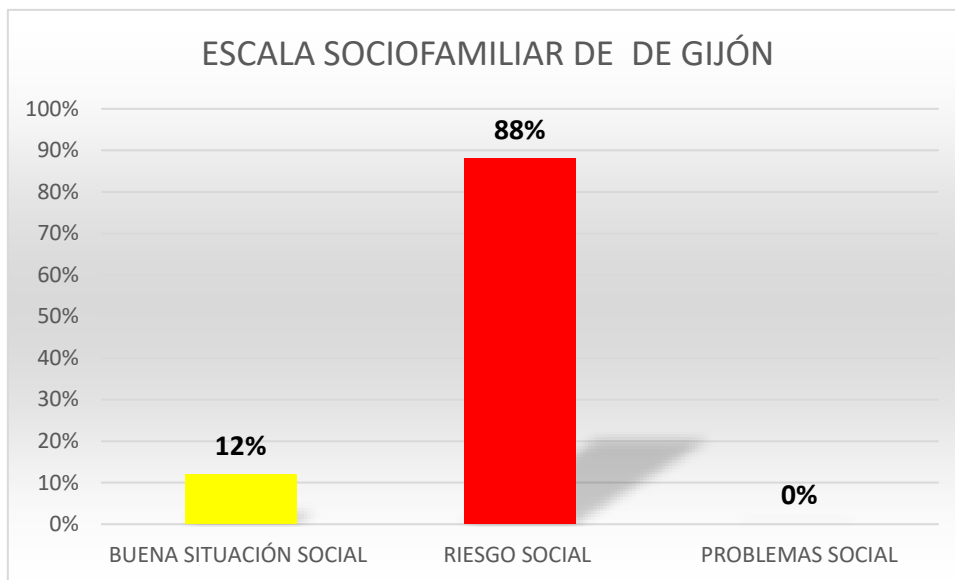
En la valoración de la esfera afectiva se aplicó a 85 adultos mayores entre hombres y mujeres la escala de geriátrica de depresión Yesavage en la que el mayor porcentaje de la población estudiada que corresponde al 86% que son 73 adultos mayores entre hombres y mujeres no presenta signos de depresión, mientras que el 11% que son 9 adultos mayores presenta posible riesgo de depresión y el 3% que representado con 3 adultos mayores poseen sintomatología correspondiente a una depresión establecida.

Se puede corroborar que la depresión es un síntoma muy común que se presenta en los adultos mayores, siendo un factor que afecta en las actividades cotidianas de la vida diaria, por lo general es más frecuente en las personas adultas mayores que residen en comunidades así mismo la depresión se asocia a la falta de apoyo social, el nivel socio económico y el nivel educativo (Rodríguez , Rodríguez , & Rojas, 2022).

ESFERA SOCIAL

Figura 12

Escala Gijón



Fuente: Resultados obtenidos de la escala de Gijón

Nota: Elaborado por Autoras

En la evaluación de la esfera social los adultos mayores de la comunidad de Rumipamba Grande a quienes se les aplicó las escalas de Valoración Geriátrica de Gijón se obtuvieron que el 88% de la población lo que corresponde a 75 adultos mayores tiene riesgo y que solamente 12% lo que corresponde a 10 adultos mayores se encuentran en una buena situación social. El riesgo social que presentan los adultos mayores se debe a que la población estudiada son víctimas de discriminación, abandono, exclusión de las actividades tanto familiares y comunitarias lo que a futuro puede llevar al deterioro de su calidad de vida, mencionados por los mismo encuestados.

CONCLUSIONES

Es fundamental realizar la aplicación de la valoración geriátrica integral debido a que se puede obtener una información real de la situación que están atravesando los adultos mayores y de esa manera poder evitar los factores negativos que puede atravesar los adultos mayores en la salud.

En la investigación que se realizó a la población adultos mayores de la comunidad de Rumipamba Grande en el que se puede describir de manera efectiva que la población de estudio a la que se le aplicó las diferentes escalas y test en mayor porcentaje tenemos a los adultos considerados adultos mayores jóvenes en menor porcentaje los denominados adulto mayor y adulto mayor muy viejo por ende se pudo obtener información de las mismas personas y sin necesidad de un cuidador.

El nivel de escolaridad de la población de estudio se pudo identificar que en mayor porcentaje de los adultos mayores de la comunidad Rumipamba Grande no saben leer ni escribir por ende no acudieron a la escuela, en menor porcentaje saben leer y escribir, ellos acudieron a la escuela, pero no terminaron sus estudios primarios.

El estado civil de los adultos mayores la mayoría son casados y viven con sus parejas, en menor porcentaje son viudos viven solos o con sus hijos, en el mínimo porcentaje son adultos mayores son solteros, viudos y viven en unión libre sean con sus hijos o familiares allegados.

En cuanto a las enfermedades y de acuerdo a Ficha Clínica Kica aplicada a los adultos mayores de la comunidad Rumipamba Grande se pudo identificar que la mayoría de la población no presentan ninguna enfermedad diagnosticada ya que muchas personas no acuden a ningún control médico en el cual puedan realizar un atención oportuna por

ende la mayoría de la población no toma medicación, en un pequeño porcentaje los adultos mayores refieren tener alguna enfermedad crónica para los cuales muchos, no tienen un adecuado tratamiento. Además, en la población de estudio se pudo identificar que la mayoría presente un IMC adecuado por lo que es un factor protector para evitar complicaciones o adquirir alguna enfermedad relacionada a sobrepeso u obesidad.

De acuerdo con la valoración funcional de los adultos mayores de la comunidad Rumipamba grande se pudo identificar que más del 50% de la población estudiada no presenta sarcopenia lo que es un factor protector para evitar las caídas o fragilidad de dicha población, con esto también se puede decir que los adultos mayores presentan una independencia total siendo esto que se valen por sí mismos en cualquier actividad del hogar.

En cuanto a la evaluación cognitiva y afectiva de los adultos mayores la mayoría de población estudiada no presenta deterioro cognitivo o depresión lo cual hace que tengan una mejor calidad de vida y puedan desarrollarse en su entorno sea familiar o comunitario.

En la esfera social a quienes se les aplicó las escalas de Gijón la mayoría de la población tiene riesgo social, ya sea por abandono de la familia, la no participación en las actividades comunitarias, la mala condición o barreras arquitectónicas en el domicilio y los bajos ingresos económicos por los cuales no pueden acceder a una alimentación saludable y equilibrada factores que disminuyen el estado de salud del adulto mayor.

RECOMENDACIONES

En la aplicación de las escalas y los test se pudo identificar que los adultos mayores que participaron en mayor porcentaje fueron los considerados adultos mayores jóvenes por ende se debe fomentar el autocuidado y el cuidado por la familia en ejes como un envejecimiento activo, el bienestar emocional, la independencia, la autonomía y con ello mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas adultas mayores en la comunidad de Rumipamba Grande de la Parroquia la Esperanza.

Realizar una adecuada valoración geriátrica integral y de manera frecuente por parte de los servicios sean públicos o privados de salud para identificar los factores de riesgo en cuanto a la salud de la población adulta mayor en la comunidad para poder actuar de manera oportuna y evitar complicaciones.

Efectuar un control médico oportuno a la población de adultos mayores por parte de los profesionales del centro de salud para identificar los factores de riesgo y los factores protectores que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida tanto del adulto mayor como la familia y la comunidad para evitar la dependencia.

Fortalecer las relaciones familiares para incluir a los adultos mayores en actividades familiar porque sea también los principales protagonistas de los eventos que se realizan de manera permanente, también permitir que el adulto mayor sea quien decida sobre sobre diversas situaciones que se presentan n su diario vivir.

Realizar capacitaciones de socialización sobre los derechos humanos enfocados en el adulto mayor en la comunidad en donde sean participes toda la población desde los niños hasta adultos mayores en el cual puedan convivir con la realización de diversas actividades de inclusión.

Ejecutar charlas educativas dirigidas al adulto mayor, familiares y a la comunidad en coordinación con las diferentes instancias tanto públicas o privadas sobre la salud general del adulto mayor y todas las esferas de valoración geriátrica, como estas influyen en la salud de la población adulta mayor.

Realizar actividades tanto dentro de la familia como comunitarias en coordinación con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales que ayude a seguir manteniendo o fortaleciendo la salud mental de los adultos mayores de la comunidad para evitar el deterioro cognitivo y la depresión que en el peor de los casos puede ocasionar la muerte en este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, M., & Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *National Center for Biotechnology Information*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/>

Asamblea Nacional del Ecuador . (2022). Ley Orgánica de Salud (Última Reforma 29-04-2022). <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>

Auxiliadora, S., Chavéz, R., Álava, L., & Cusme, N. (octubre de 2019). NUEVA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES. *REVISTA CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/10/ley-proteccion-adultos.zip>

Azuero, Á. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA*, 110-127. doi: <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>

Balladares, M., Ramírez , J., Sánchez, J., & Balladares, M. F. (2023). Valoración geriátrica integral para adultos mayores. *Polo de conocimiento*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152498>

Calahorra, M., Dominguez, A., Pilar, L., Tanbo, E., Giguero, N., & Oliver, P. (2021). Valoración geriátrica integral: una visión global del paciente. Artículo monográfico. *RSI*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-geriatrica-integral-una-vision-global-del-paciente-articulo-monografico/#google_vignette

Carmina, W. (2021). Valoración geriátrica integral. *SCIELO*, 5(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004

Carrasco, O., Omaña, I., García, A., & López, A. (2023). Development and validation of a Sarcopenia Geriatric Scale (SARCO-GS): a new short scale for the screening of sarcopenia. *Research*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2023.1192236/full>

Chavarro, D., Heredia, R., Venegas, L., Caicedo, S., Gómez, R., Pardo, A., & Cano, C. (2020). Escalas de uso frecuente en geriatría. (2, Ed.) *Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF–*, 22.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwiPs7yH8beBAxWZm2oFHUBGA4EQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Frepository.javeriana.edu.co%2Fbitstream%2Fhandle%2F10554%2F53402%2FManual%2520de%2520escalas%2520de%2520uso%2520frecuente%2520>

Chicaiza, M. (2022). *ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL*. Ibarra.
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/12180/2/PG%201081%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008. *LEXIS FINDER*. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Contreras, R. (2022). *Calidad de vida, salud mental, bienestar emocional e imagen corporal entre adultos mayores con envejecimiento patológico y exitoso*. Toluca Mexico. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/138148/Contreras%20Col%20c3%20adn%20Ross%20Mary%20%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dávila, V. (2022). *LEY ORGÁNICA DE SALUD*. Quito: LEXIS FINDER. <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%20c3%20a1nica%20de%20Salud.pdf>

Donate, F. (2020). La sarcopenia y la mejora de la capacidad funcional del adulto mayor. *Innovación e Investigación en Actividad Física y Deporte para Mayores*, 101. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2020&q=sin+sarcopenia+mejor+vida+&btnG=

Echagüe, G., & al, e. (2023). Estado de salud y nutrición del adulto mayor que concurre al Hospital Geriatrico del Seeguro Social en la Asunción Paraguay. *Invest Clin*, 64(1), 53-67. doi:<https://doi.org/10.54817/IC.v64n1a05>

Fernández , Z., Broche, Y., & Jiménez, E. (2022). Conocimiento sobre factores protectores y de riesgo en las demencias. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000400013

Flores , S., Sanchez , P., Flores , C., & Rocero, G. (2021). Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta. *MIES*. https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/informe_de_indicadores_de_logros_de_la_poblacion_adulta_mayor_atendida_por_el_mies_septima_y_octava_ronda.pdf

Gonzalez, M., & Matín, M. (2019). *La utilidad de la valoración geriátrica integral*. <https://revistasanitaria.com/2019/11/21/la-utilidad-de-la-valoracion-geriatrica-integral/>

Gutiérrez, R., Svoboda, W., Gamarra, C., & Ferreira, É. (2021). Entre lo que se dice y lo que se calla: visitando el concepto de empatía en la atención integral a la salud del adulto mayor. <https://revistas.um.es/edumed/article/view/464911/303191>

Hernandez, V., Solano, N., & Ramirez, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95). <https://www.redalyc.org/journal/290/29069613004/29069613004.pdf>

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education

Ibarrarán , P., & Oliveri, M. (14 de Septiembre de 2020). *¿Qué pueden aprender los países de la región de las políticas de cuidado europeas?* BID Mejorando vidas: <https://blogs.iadb.org/salud/es/politicas-de-cuidado-europeas/>

Malavé, C. S. (2022). Valoración geriátrica integral (VGI). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valoracion-geriatrica-integral-vgi/>

Medina, A. (2021). VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. *SEMERGEN*, 35. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/114086/1/valoracion_geriatrica_integral.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y social. (2020). *Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque*. Ecuador.

https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/caracterizacion_de_la_vejez_y_el_envejecimiento_un_enfoque_desde_los_servicios_de_inclusion_social_y_economica_del_mies.pdf

Moncayo, L., Moncayo, C., Zeas, K., Rosas, M., & Pesantez, F. (Diciembre de 2022). Índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura como indicadores del estado de salud . *FACSALUD- UNEMO*. doi: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol5iss9.2021pp4-13p>

Monje, E., & San Lucas, M. (2019). La necesidad de establecer políticas públicas. *REVISTA ESPACIOS*, 42. <https://www.revistaespacios.com/a21v42n23/a21v42n23p04.pdf>

Organización Mundial de salud. (1 de 10 de 2020). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la salud. (2020). LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS. *SERIE SALUD UNIVERSAL*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf

Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social. (Diciembre de 2020). *InfoMIES*. <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/caracterizacion-poblacion-objetivo-pamusrext/educacion/escolaridad-pamusrext>

Pullutasig, H., & Suárez , M. (2023). Creación y validación del formato de valoración salud enfermero en paciente geriátrico. *Brazilian Journal of Health Review*. doi:10.34119/bjhrv6n1-221

Quintana, P. (2022). *INFORME DE GESTIÓN Periodo:2022 y ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS PARA EL 2023*. Quito. <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/INFORME-ATENCION-A-GRUPOS-PRIORITARIOS-2022.pdf?x42051>

Reina, C., & etc. (2019). PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1). <https://www.redalyc.org/journal/559/55959379015/55959379015.pdf>

Rodríguez , M., Rodríguez , A., & Rojas, L. (2022). Confiabilidad de la versión española del cuestionario de Yesavage abreviado en adultos mayores cubanos. *SCIELO*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100025&script=sci_arttext

Rodriguez, M., & Guapiza, J. (2021). Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de. *Polo del Conocimiento*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8331384>

Rodríguez, N. (2019). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *SCIELO*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s200774592018000200087

Rojas , C., Vargas, A., & Benavides , G. (2019). Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*, 24-34. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.194>

Russell, S., Strivens, E., Quigley, R., Muller, R., Jordán, J., Craig, D., & Miller, G. (2019). Validacion de formulario breve de Evaluacion Cognitiva Idigena de Kimberly (pantalla Kica) para telesalud. *SAGE*, 3.

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1357633X19860309>

Salamaca, E., Velasco, S., & Baquero, N. (2019). Estado de salud de los adultos mayores de los centros vida. *Promoción y prevención*, 19(2).

Sánchez, E., Montero, B., & Cruz, A. (2020). Actualización en valoración geriátrica integral. *ANALES RANM*, 1(137).
https://analesranm.es/revista/2020/137_01/13701doc01

Toapaxi J. Erika, G. C. (2020). Enfermería Investiga.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/966/896>.

Toapaxi, E., Guarate, C., & Cusme, T. (2020). Enfermería Investiga.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/966/896>.

Vaccarro, G., Jurado, M., Gonzabay, E., & Witt, P. (2023). Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *reciamuc*, 10-21.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfzaDPvLWBAXULkmoFHaQsDFA4ChAWegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Freciamuc.com%2Findex.php%2FRECIAMUC%2Farticle%2Fdownload%2F1086%2F1699%2F&usg=AOvVaw1KkEWyw-BuHHUvRpA_Bg4J&op

Valverde, A. (2022). *EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA CASA HOGAR ROSA ELVIRA DE LEÓN, AZOGUES 2021*. Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/39114/4/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n%20.pdf>

Vera, W., & Llano, E. (2022). Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos

mayores atendidos en el área de consulta externa del Hospital IESS Milagro. *FACSALUD*, 130. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0z8Sc_LeBAxX9m2oFHUveCCUQFnoECCUQAQ&url=https%3A%2F%2Ffojs.unemi.edu.ec%2Findex.php%2Ffacsalud-unemi%2Farticle%2Fdownload%2F1643%2F1531%2F&usg=AOvVaw1htPYuJAw4GYTSpfb

Villaviciencio et al. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 65-67. <https://cnps.cl/index.php/cnps/article/view/400/451>

Wanden, B. (10 de ABRIL de 2021). Valoración geriátrica integral. *HAD*, 117. <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/136/97>

Waters, W., Freir, W., & Ortega, J. (12 de 05 de 2020). Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Latinoamericana de Políticas Públicas y acciones públicas*. <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/4479/3511>

ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del Gad Parroquial La Esperanza



Ibarra, 14 de diciembre del 2023
Of. 383 - PUCESI TEC

Señor
Juan José Guatemal
PRESIDENTE DEL GAD LA ESPERANZA
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 las Srtas. **CARLOSAMA PUIPALES KATHERINE LISSBETH** con número de identidad **1004362081** e **INLAGO INUCA EVA JANETH** con número de identidad **1003849351**, estudiantes del cuarto nivel de la Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores, quienes se encuentran desarrollando su proyecto de Investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado "Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de la Comunidad Rumpipamba Grande, La Esperanza - Ibarra".

En este sentido, se debe considerar que las alumnas estarán 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 digna dar al presente, le agradezco de antemano.

Atentamente,



COORDINADOR PUCE TEC IBARRA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE CIENCIAS
DE LA SALUD



COORD. TEC. SUP. ATENCIÓN INTEGRAL
A ADULTOS MAYORES

Aceptado la petición de trabajo de personal en la comunidad Rumpipamba

Dirección: Av. Jorge Guzmán Rueda y Av. Aurelio Espinosa Pólit. Ciudadela "La Victoria".
Teléf: (593-E) 2615 500 / 2615 453 Ext. 1000 **Cel.** 099 236 27 15 / 098 138 3498
Ibarra - Ecuador / www.pucesi.edu.ec



Anexo 2: Aprobación del presidente de la comunidad.



Ibarra, 14 de diciembre del 2023
Of. 384 - PUCESI TEC

Señor
Claudio Quilca
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD RUMIPAMBA GRANDE
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 las Srtas. **CARLOSAMA PUPIALES KATHERINE LISSBETH** con número de identidad **1004362081** e **INLAGO INUCA EVA JANETH** con número de identidad **1003849351**, estudiantes del cuarto nivel de la *Tecnología Superior en Atención Integral a Adultos Mayores*, quienes se encuentran desarrollando su proyecto de investigación para la Unidad de Integración Curricular, denominado "*Análisis descriptivo del estado de salud en los adultos mayores de la Comunidad Rumipamba Grande, La Esperanza - Ibarra*".

En este sentido, se debe considerar que las alumnas estarán 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 digna dar al presente, le agradezco de antemano.

Atentamente,



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



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

14/12/23

Aceptando la petición al trabajo del grado en la comunidad de Rumipamba Grande

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 / 098 130 3498
Ibarra - Ecuador / www.pucesi.edu.ec

f t @ in d

Anexo 3: Consentimiento Informado

Parte B. Consentimiento Informado

Parte II: Consentimiento Informado

A. Declaratoria de Consentimiento Informado: Yo, _____, 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:

Cédula:

Firma:

Fecha:

Nombre del Investigador:
CARLOSAMA PUPIALES KATHERINE LISSBETH

Cédula:

Firma:.....

INLAGO INUCA EVA JANETH

Cédula:

Firma:.....

Parte B. Declaratoria de Revocación

B. Declaratoria de Revocación del Consentimiento Informado: A pesar de haber aceptado previamente mi participación, revoco mi autorización. Entiendo que esto implicará la eliminación de mis datos. Esta decisión no afectará mi atención médica.

Nombre del Participante:

Cédula:

Firma:

Fecha:

Nombre del Investigador:
CARLOSAMA PUPIALES KATHERINE LISSBETH

Cédula:

Firma:.....

INLAGO INUCA EVA JANETH

Cédula:

Firma:.....

Anexo 4: Ficha clínica KICA

<p>Fecha de entrevista:.....</p> <p>Nombre, nombre de Bush, nombre de piel:.....</p> <p>Fecha de nacimiento:.....</p> <p>Género: femenino masculino</p> <p>Nombre del entrevistador:.....</p> <p>Nombre de la Comunidad:.....</p> <p>Lugar de la entrevista:</p> <table border="0"> <tr> <td>Hogar</td> <td>Atención residencial</td> </tr> <tr> <td>Hogar de pariente</td> <td>Hospital</td> </tr> <tr> <td>Clinica</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>Intérprete presente:</p> <p>Ninguno</p> <p>Profesional Familia Otro.....</p> <p>¿ Qué idiomas hablas ?.....</p> <p>Idioma de la entrevista:.....</p> <p>Nombre del cuidador o familiar:</p> <p>Relación del cuidador con el sujeto:</p> <table border="0"> <tr> <td>padre/hijo</td> <td>primo</td> <td>hermano/hermana</td> <td>nieto</td> </tr> <tr> <td>sobrina/sobrino</td> <td>cónyuge</td> <td>cuidador formal</td> <td>otro.....</td> </tr> </table> <p>Género del cuidador: femenino masculino</p> <p>¿El cuidador vive con el sujeto? Si No</p>	Hogar	Atención residencial	Hogar de pariente	Hospital	Clinica	Otro	padre/hijo	primo	hermano/hermana	nieto	sobrina/sobrino	cónyuge	cuidador formal	otro.....	<p style="text-align: right;">Evaluación Cognitiva Indígena de Kimberley © 2004</p> <p>ANTECEDENTES MÉDICOS</p> <p>Quiero preguntarle sobre alguna enfermedad que haya tenido. (circule la respuesta)</p> <p>1. ¿Tienes buenos ojos? ¿Puedes verlo todo? no se si</p> <p style="padding-left: 100px;">No</p> <p>2. ¿Tus oídos están bien? ¿Puedes oír todo?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>3. ¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral? (se debilitó en un lado de su cuerpo)</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>4. ¿Tienes enfermedad del azúcar? (diabetes) no</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No lo sé</p> <p>5. ¿Tienes presión arterial alta?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>6. ¿Tienes problemas cardiacos?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>7. ¿Tienes problemas renales?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>8. ¿Tiene problemas para caminar?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p style="padding-left: 100px;">Escribir detalles.....</p> <p>9. ¿Tiene algún dolor?</p> <p style="padding-left: 100px;">En No No sé si 9.1</p> <p style="padding-left: 100px;">caso afirmativo: a veces la mayor parte del tiempo</p> <p>10. ¿Te caes a veces?</p> <p style="padding-left: 100px;">si No no lo sé</p> <p style="padding-left: 100px;">10.1 en caso afirmativo: ¿te lastimaste? Si No no lo sé</p> <p>11. ¿Alguna vez te han golpeado en la cabeza y te han dejado inconsciente?</p> <p style="padding-left: 100px;">No no se si</p> <p>12. ¿Alguna vez ha tenido problemas de gumbu (orina)?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p style="padding-left: 100px;">12.1 En caso afirmativo: ¿Alguna vez produce gumbu (orina) en su ropa? no lo sé</p> <p>13. ¿Ha estado enfermo y ha ido al hospital? ¿Para qué?</p> <p style="padding-left: 100px;">Si No no lo sé</p> <p>14. ¿Qué tipo de medicamentos tomas? (listar nombres o número de tabletas).....</p>
Hogar	Atención residencial														
Hogar de pariente	Hospital														
Clinica	Otro														
padre/hijo	primo	hermano/hermana	nieto												
sobrina/sobrino	cónyuge	cuidador formal	otro.....												

ANTECEDENTES DE FUMAR Y ALCOHOL

1. ¿Bebes grog?

No Si

(Si no, vaya al 2)

1.1 ¿Cuántas veces por semana? sólo a veces 1.2. ¿Cuánto? cada día

sólo unos tragos 1.3 ¿Cuánto tiempo lleva bebiendo? no hasta que estás borracho

mucho tiempo (no mucho tiempo es menos de 10 años, mucho tiempo es más de 10 años)

2. ¿Bebías cuando eras joven?

No Si

(Si no, vaya al 3)

2.1 ¿Bebiste todos los días? No Si

2.2 ¿Solías emborracharte? No Si

2.3 (Si han dejado de beber, pregunte): ¿ cuándo dejó de beber?

hace mucho tiempo el año pasado este año

3. ¿Fumas?

No Si

(Si no, vaya al 4)

3.1 ¿Fumas todos los días? No Si

(Si no, vaya a 3.3)

3.2 ¿Cuantos en un día?

poquito: (menos de 1 paquete) gran multitud: (1 paquete o más)

3.3 ¿Cuánto tiempo lleva fumando? no mucho tiempo (no mucho tiempo es menos de 10 años, mucho tiempo es más de 10 años)

4. ¿Fumabas cuando eras joven?

No Si

(Si no, pase al 5)

4.1 ¿Cuántas fumaste en un día? poquito: (menos de 1 paquete) gran multitud: (1 paquete o más)

4.2 (Si han dejado de fumar, pregunte)- ¿ cuándo dejó de fumar?

hace mucho tiempo el año pasado este año

5. ¿Masticas tabaco?

No Si

5.1 ¿Masticabas cuando eras joven?

No Si

Anexo 5: Escala Sarco -Gs

SARCO-GS			
Español			
Dimensiones	Ítems	Categorías	Puntaje
Velocidad de la marcha subjetiva	1. Desde hace 3 meses ¿Ha notado que camina...	Nada lento (normal)	0
		Un poco lento	1
		Muy lento o incapaz	2
Medición subjetiva de fuerza muscular	2. ¿Cuánta fuerza tiene para cargar algo pesado de 4 kilogramos o más? Ejemplo: cargar una cubeta o barrica o garrafón de llenas de agua o cargar dos bolsas de mandado o supermercado	Mucha	0
		Poca	1
		Nada o incapaz	2
Medición subjetiva de fuerza muscular	3. ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de escaleras?	Ninguna	0
		Poca	1
		Mucha	2
Medición subjetiva de cantidad de masa muscular	4. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos han enflaquecido?	Nada	0
		Poco	1
		Mucho	2
Medición subjetiva de cantidad de masa muscular	5. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos están más flacos o delgados comparado con las personas de su misma edad?	Nada	0
		Poco	1
		Mucho	2
Medición objetiva de fuerza muscular	6. Prueba de levantarse de la silla 5 veces	≤ 15 segundos	0
		≥ 16 segundos	2
Medición objetiva de cantidad de masa muscular	7. Circunferencia de pantorrilla	Mujer: >33 Hombre: >34	0
		Mujer: ≤33 Hombre: ≤34	2

Sarcopenia = ≥ 3 puntos del puntaje total.

Anexo 6: Escala Cruz Roja**Escala de incapacidad de la Cruz Roja****Escala de incapacidad física**

- ❖ **Grado 0** - Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad, totalmente normal.
- ❖ **Grado 1** - Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
- ❖ **Grado 2** - Tiene alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
- ❖ **Grado 3** - Grave dificultad para las actividades de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
- ❖ **Grado 4** - Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual.
- ❖ **Grado 5** - Dependencia total. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Anexo 7: Evaluación Kica- Cog

Evaluación Cognitiva Indígena de Kimberley © 2004					
KICA-COG: EVALUACIÓN COGNITIVA					
Me gustaría ver si puedes recordar cosas. Te haré algunas preguntas. Respuesta incorrecta ingresar...0 Respuesta correcta ingresar...1					
Orientación					
1. ¿Esta semana es la semana de pensión/pago?	0	1	<input type="checkbox"/>		
2. ¿Qué época del año es ahora? (Es posible que sea necesario indicar, por ejemplo, tiempo de humedad... tiempo de secado/tiempo de calor... ¿tiempo de frío?)	0	1	<input type="checkbox"/>		
3. ¿Cómo se llama esta comunidad/lugar?	0	1	<input type="checkbox"/>		
Para las preguntas 4 y 5 necesitarás tres elementos: peine, pannikin (taza) y cerillas.					
Reconocimiento y denominación					
4. Levante cada elemento por turno y pregunte ¿Cómo se llama esto?	4.1 peine	0	1	<input type="checkbox"/>	
	4.2 pannikin (taza)	0	1	<input type="checkbox"/>	
	4.3 partidos	0	1	<input type="checkbox"/>	
(Si el sujeto tiene mala visión, coloque cada objeto en su mano y pídale que lo reconozca).					
5. Sostenga cada elemento por turno y pregunte ¿Para qué es este?	5.1 peine	0	1	<input type="checkbox"/>	
	5.2 pannikin	0	1	<input type="checkbox"/>	
	5.3 partidos	0	1	<input type="checkbox"/>	
Ocultar cada objeto por turno Voy a poner este aquí, este aquí... Ahora no olvides dónde los puse. (Omita esto si tiene problemas de visión y nombre objetos para que los recuerden).					
Registro					
6. Cuéntame esas cosas que te mostré	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Comprensión verbal					
7. Cierra los ojos 8.	0	1			<input type="checkbox"/>
Primero apunta al cielo y luego apunta al suelo.	0	1	2		<input type="checkbox"/>
5					
Fluidez verbal					
9. Dime los nombres de todos los animales que la gente caza.					
Tiempo para un minuto (Puede indicar: ¿más? ¿Qué pasa en el aire? ¿En el agua?)					
0 animales: 0					
1-4 animales: 1					
5-8 animales: 2					
animales o más: 3					
Número total _____ <input type="checkbox"/>					
Recordar					
10. ¿Dónde puse el peine? ¿Dónde puse las cerillas? ¿Dónde puse el pannikin?					
0 1 2 3 <input type="checkbox"/>					
Denominación visual					
11. Te mostraré algunas fotos. Dime cuáles son. Recuerda estas fotos para más adelante.					
Señale cada imagen y pregunte ¿Qué es esto? (Muestre el boomerang como ejemplo)					
Ahora recuérdalos porque te los preguntaré una vez más.					
niño, emú, billyfuego, cocodrilo, bicicleta 0 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/>					
Función frontal/ejecutiva					
12. Mira esto. Ahora lo copias.					
Mostrar cruces y círculos alternos. 0 1 <input type="checkbox"/>					
Retiro gratuito					
13. ¿Recuerdas esas fotos que te mostré antes? ¿Cuáles eran esas fotos?					
Dime. (Muestre el boomerang como ejemplo)					
0 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/>					
<small>Recuerdo con indicaciones</small>					
14. ¿Cuál te mostré antes? (una de las tres imágenes, use la página boomerang como ejemplo)					
0 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/>					
Práctica					
15. Abre esta botella y vierte agua en esta taza 0 1 <input type="checkbox"/>					
16. Muéstrame cómo usar este peine. 0 1 <input type="checkbox"/>					
PUNTUACIÓN TOTAL KICA-COG: La _____ /39 puntuación <33/39 indica posible demencia, derivar para revisión médica.					

Anexo 8: Test Yesavage

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
INSTRUCCIONES:				
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA				
1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO	
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no	
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no	
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no	
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO	
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no	
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO	
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no	
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no	
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no	
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO	
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no	
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO	
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no	
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no	
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .				Total:

Anexo 09: Escala de Gijón

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 10: Aplicación de fichas

Aplicación ficha clínica Kica



Aplicación ficha clínica Kica



Aplicación de la escala SARCO-GS



Aplicación de la escala SARCO-GS



Aplicación de la escala CRUZ ROJA



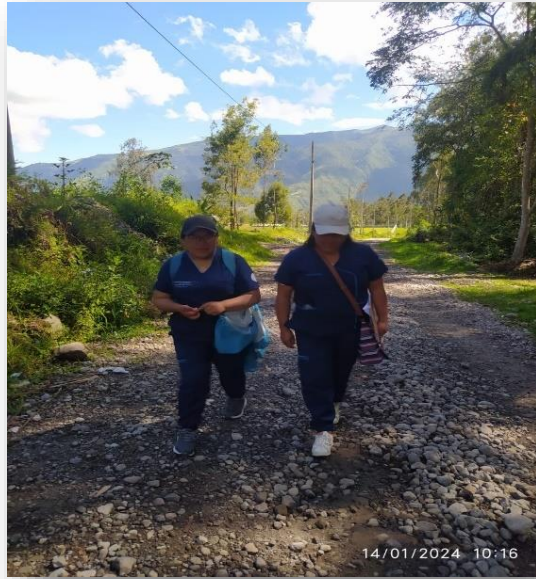
Evacuación KICA COG



Aplicación test YESAVAGE



Aplicación escala de GIJÓN



Visitas domiciliarias