



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE VULNERABILIDAD EN ADULTOS
MAYORES. CONSULTORIO UNO. CENTRO DE SALUD SAUCES 3.
AÑO 2021

AUTOR:

ARGUELLO MOLINA, TATIANA JEANNETTE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

VÉLEZ DÍAZ, EVA RAMONA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Tatiana Jeannette Arguello Molina*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

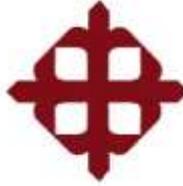
Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Eva Ramona Vélez Díaz

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Tatiana Jeannette Arguello Molina

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio uno. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Tatiana Jeannette Arguello Molina.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Tatiana Jeannette Arguello Molina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio uno. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Tatiana Jeannette Arguello Molina.

REPORTE URKUND

Original

Document Information

Analyzed document TESS ANGELOLO POLINA TORINA BIANCHI, s.p.a. (00000000)
Submitted 2022-05-26T10:01:00.0000000
Submitted by
Submitter email spiderman@original.com
Security 00
Analysis address www.original.com/analyze-urkund

Sources included in the report

Agradecimiento

Gracias a Dios en primer lugar, por ser el guía de mi vida, por haberme bendecido con mis padres y mi familia; quienes son mi motor principal y por quienes estoy culminado mis estudios y cosechando mis éxitos. Agradezco tener la dicha de contar con la presencia de mi abuelita Rosaclara; quien es como mi segunda madre; y poder mostrarle la culminación de mi especialidad, demostrándole que todo sacrificio al final valió la pena. A mi esposo e hijos; por ser el motivo constante de todo sacrificio y esfuerzo que me he propuesto en la vida.

Agradezco de corazón a mi tutora la Dra. Eva Vélez por haberme acompañado en este largo camino, pero con mucha dedicación y constancia pude culminar esta hermosa especialidad.

Dedicatoria

Dedico esta especialidad a mis padres, mi esposo e hijos, mi hermana y mi familia en general, por formar parte de mi vida y por aportar de alguna manera con su apoyo, amor y cariño para mis logros académicos y personales. Ha sido un largo camino para llegar a cumplir algunas de mis metas establecidas y sé que siempre cuento con el apoyo de mi familia; por esto y más, les dedico esta culminación de mi especialidad; la cual me permitirá brindar apoyo moral, ético y sanitario a muchas familias ecuatorianas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ACTA DE CALIFICACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE

ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: "Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio uno. Centro de salud Sauces 3. Año 2021."
POSGRADISTA: Tatiana Jeannette Arguello Molina.
FECHA: 20 de noviembre del 2021.

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	V
.....	VII
DEDICATORIA	VII
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	7
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	7
2.2 FORMULACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	10
3.1 GENERAL.....	10
3.2 ESPECÍFICOS.....	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	11
4.1.1 Envejecimiento	11
4.1.2 Vulnerabilidad en adulto mayor	13
4.1.3 Evaluación funcional en adulto mayor	13
4.1.4 Evaluación psicológica del adulto mayor	16
4.1.5 Valoración del estado cognitivo del adulto mayor.....	17
4.1.6 Valoración social del adulto mayor	18
4.1.7 Valoración sociofamiliar del adulto mayor	19
4.1.8 Clasificación de riesgo del adulto mayor	19
4.1.9 Factores de riesgo determinantes de la vulnerabilidad	21
4.1.10 Discapacidad	21
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	23
4.3 MARCO NORMATIVO	33
5. MÉTODOS	34
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	34
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
5.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	34

5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	35
5.5.2 Criterios de inclusión	35
5.5.3 Criterio de exclusión	35
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
5.6.1 Instrumentos	36
5.6.2 Determinación de vulnerabilidad	42
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
5.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	44
5.9 VARIABLES	44
5.9.1 Operacionalización de variables	44
6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
7 CONCLUSIONES	65
8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	67
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
10. ANEXOS	74
.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Valoración de la Escala de Katz</i> _____	37
<i>Tabla 2 Preguntas de Encuesta de valoración de Pfeiffer</i> _____	38
<i>Tabla 3 Clasificación cognitiva según puntaje final del evaluado</i> _____	38
<i>Tabla 4 Clasificación cognitiva en pacientes evaluados de nivel educativo bajo.</i> _____	39
<i>Tabla 5 Escala de depresión geriátrica de Yesavage. (EDG)</i> _____	40
<i>Tabla 6 Escala de Valoración geriátrica socio-familiar de Gijón.</i> _____	41
<i>Tabla 7 Técnicas de recolección de información.</i> _____	43
<i>Tabla 8 Operacionalización de variables</i> _____	44
<i>Tabla 9 Distribución de la población según edad, sexo, ocupación y estado civil. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	48
<i>Tabla 10 Distribución de la población según escolaridad e ingreso económico. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	51
<i>Tabla 11 Valoración de la encuesta utilizando el Índice de Katz según edad y sexo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	53
<i>Tabla 12 Resultado de la valoración Pfeiffer del estado cognitivo según edad y sexo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	54
<i>Tabla 13 Resultado de la valoración Yesavage de estado afectivo según edad y sexo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	55
<i>Tabla 14 Situación familiar de los adultos mayores encuestados. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	56
<i>Tabla 15 Valoración del ingreso económico de los adultos mayores encuestados.</i> _____	52
<i>Tabla 16 Situación económica de los adultos mayores encuestados.</i> _____	57
<i>Tabla 17 Valoración de la vivienda de los adultos mayores encuestados. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	59
<i>Tabla 18 Valoración de relaciones sociales y apoyo social de los adultos mayores encuestados . Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	60
<i>Tabla 19 Valoración socio económica y familiar de Gijón según edad y sexo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.</i> _____	62

*Tabla 20 Resumen de los resultados de acuerdo a los criterios de evaluación.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021. _____ 63*

*Tabla 21 Grado de vulnerabilidad de los adultos mayores. Consultorio 1.
Centro de salud Sauces 3. Año 2021. _____ 64*

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1 Consentimiento informado</i> _____	74
<i>Anexo 2 Cuestionario de información sociodemográfica y valoración integral del adulto mayor</i> _____	76
<i>Anexo 3 Escala de valoración de vulnerabilidad.</i> _____	81
<i>Anexo 4 Clasificación de vulnerabilidad.</i> _____	81
<i>Anexo 5. Declaración y autorización</i> _____	82
<i>Anexo 6. Ficha de registro de tesis/trabajo de titulación.</i> _____	83

RESUMEN

Antecedentes: El envejecimiento presenta cambios en sus condiciones físicas, funcionales, mentales y sanitarias; exponiendo a los adultos mayores a la vulnerabilidad. **Métodos:** Se realizó un estudio de nivel descriptivo, observacional, prospectivo, de prevalencia; con una población de 100 adultos mayores del consultorio uno del centro de salud Sauces 3, durante el año 2021. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de encuestas y escalas de valoración geriátrica como: Índice de Katz, Cuestionario de Pfeiffer, Escala abreviada de Yesavage, valoración social de Gijón y para la determinación de los grados de vulnerabilidad se diseñó una calificación propuesta por la autora que clasificó a cada paciente con los siguientes criterios: sin vulnerabilidad, vulnerabilidad baja, vulnerabilidad media y vulnerabilidad alta. **Resultados:** El 30 % no presenta vulnerabilidad, el 60 % presenta vulnerabilidad baja, el 9 % vulnerabilidad media y el 1 % vulnerabilidad alta. Se determinó como factor de riesgo psicosocial predominante el ingreso económico en el 71 %, el riesgo social con el 60 %. **Conclusiones:** Los pacientes presentan en su mayoría baja vulnerabilidad.

Palabras Claves: FACTORES DE RIESGO, VULNERABILIDAD SOCIAL, ANCIANO

ABSTRACT

Background: Aging presents changes in its physical, functional, mental and sanitary conditions; exposing older adults to vulnerability. **Methods:** A descriptive, observational, prospective, prevalence study was carried out; with a population of 100 older adults from office one of the Saucos 3 health center, during the year 2021. The information was collected through the application of surveys and geriatric assessment scales such as: Katz Index, Pfeiffer Questionnaire, Scale abbreviated from Yesavage, social assessment of Gijón and for the determination of the degrees of vulnerability, a qualification proposed by the author was designed that classified each patient with the following criteria: no vulnerability, low vulnerability, medium vulnerability, and high vulnerability. **Results:** 30% do not present vulnerability, 60% present low vulnerability, 9% medium vulnerability and 1% high vulnerability. Economic income was determined as the predominant psychosocial risk factor in 71%, and social risk in 60%. **Conclusions:** Most of the patients present low vulnerability.

Keywords: RISK FACTORS, SOCIAL VULNERABILITY, AGED.

1. INTRODUCCIÓN

La vejez es conocida como la última etapa evolutiva que los seres humanos atraviesan y requiere la atención de las diferentes especialidades médicas, entidades gubernamentales y empresas privadas para alcanzar el desarrollo normal de este periodo. El proceso de envejecimiento de cada individuo es variable; existen cambios en sus condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud; exponiendo a los adultos mayores a la vulnerabilidad; la misma que se refiere al riesgo de presentar algún daño a nivel ser personal, psicológico, físico y moral. (1) El principal objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo que se encuentran asociados a la vulnerabilidad en los adultos mayores, prevaleciendo como desventaja para el individuo y exponiéndolo a situaciones de riesgo que afectan su bienestar; por esta razón será de gran utilidad su estudio para describir las situaciones de riesgo que provocan adultos mayores vulnerables.

En la actualidad a nivel mundial el envejecimiento se está convirtiendo en una de las transformaciones sociales más significativas en los distintos sectores de la sociedad como en los servicios laborales, áreas de finanza; además de que están influyendo de manera importante en la estructura familiar y social. Por esta razón, con el paso de los años se los ha considerado como elementos importantes para el desarrollo global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación del adulto mayor consiste en que son de edad avanzada las personas de 60 a 74 años; viejas o ancianas de 75 a 90 años viejas o ancianas y cuando tienen más de 90 años son grandes viejos. Por lo tanto, todo individuo mayor de 60 años es considerado indistintamente persona de la tercera edad. (2)

Como factores importantes para tomar en cuenta como causal del envejecimiento mundial de la población; son la reducción de la tasa de fertilidad y el incremento de la esperanza de vida; las mismas que forman parte del cambio de las estructuras de edad que avanza rápidamente en varios países.

Según la última edición de World Population Prospects (WPP) de las Naciones Unidas el grupo entre los adultos mayores que crece a un mayor ritmo es el de las personas de más edad. Se estima que existirán alrededor de dos adultos entre 60 y 69 años por cada adulto de 70 años o más en el año; mientras que en el año 2050 se igualará o será superior para las personas de edades más avanzadas. La tasa anual de crecimiento de este grupo actualmente es de 2,2 % y llegará a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI. El envejecimiento se ha triplicado entre 1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. De la misma manera, se espera que la población de este grupo de edad incremente a 1348.3 millones en 2030 y a 1907,3 millones en 2050. (3)

Se considera que los adultos mayores son individuos vulnerables sanitariamente y socialmente; en otras palabras, desde la perspectiva de funcionalidad se define al adulto mayor sano como aquel capaz de enfrentar cambios con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal, siendo la vulnerabilidad en el adulto mayor el riesgo de ser afectado en su bienestar psicológico, personal, físico o social. Parte de la vulnerabilidad es la exposición de los factores de riesgo psicosociales que permiten el desarrollo de alteraciones en su salud física, mental, emocional y cognitiva. Por lo tanto, un factor de riesgo es considerado cualquier rasgo, característica o exposición vinculado a factores psicosociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor de sufrir una enfermedad o lesión. (4)

Como principal causa mundial de discapacidad está atribuida la depresión generando una importante carga general de morbilidad, afectando mas a mujeres que a hombres, provocando el intento autolítico. (5) La depresión es un trastorno mental que afecta el estado de anímico de la persona; en la actualidad su prevalencia ha incrementado, afectando mayoritariamente a los grupos más vulnerables, destacando la población de adultos mayores. (6) En el Ecuador las estadísticas muestran que parte de los riesgos sociales es no contar con ingresos para subsistir, así como atención oportuna de salud.

A pesar de que el estado haya implementado políticas y programas de salud para la atención integral del adulto mayor; este grupo poblacional carece de atención y aseguramiento de una fuente de ingresos; lo cual ha derivado al empobrecimiento de esta población; debido a los bajos ingresos de jubilación y a la ausencia de la actividad productiva en los adultos mayores. Cuando han tenido la oportunidad de estar activos económicamente; su actividad laboral es mal remunerada y no tienen la oportunidad de contar con un trabajo estable, que permita afrontar sus necesidades. (7) Otra causa significativa que incrementa los riesgos de vulnerabilidad en los adultos mayores es la baja escolaridad; en nuestro país el 80 % de los adultos mayores son alfabetos, esta proporción es alta en varones.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) los adultos mayores son el grupo poblacional que registra mayor porcentaje de analfabetismo siendo la tasa del 6,7 % en la ciudad de Quito. (8) Estudios científicos realizados reportan entre sus resultados que las personas con baja escolaridad presentan alteración de su estado afectivo, sentimientos de infelicidad, pocas relaciones sociales, alteraciones visuales, auditivas y emocionales; por lo cual refieren que el nivel educativo influye en la calidad de vida de los adultos mayores. (9)

Las alteraciones físicas, biológicas y psicológicas provocan discapacidad en los adultos mayores; la misma que abarca la presencia de deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación de las personas. Estas deficiencias alteran el desarrollo de la función corporal y provocan limitaciones de las actividades de los individuos al realizar tareas diarias, provocando restricción en la participación de situaciones cotidianas. (10) Según el informe mundial sobre la discapacidad de la OMS, en la región de América Latina y el Caribe, este fenómeno causa preocupación para las organizaciones sanitarias.

La cantidad de personas con discapacidad ha incrementado en los últimos años de manera drástica; debido a las alteraciones demográficas y al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (11) Para poder determinar la vulnerabilidad de los adultos mayores, se los ha evaluado mediante el registro de datos sociodemográficos y escalas geriátricas validadas por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP); valorando las actividades básicas diarias, estado cognitivo y afectivo; y la valoración socio familiar que establece la atención de salud integral del adulto mayor; permitiendo identificar los factores psicosociales asociados a su vulnerabilidad.

Es importante tomar en cuenta que los factores psicosociales son determinantes de la salud que permiten aplicar cambios que beneficien al desarrollo fisiológico del adulto mayor, superando el estado de vulnerabilidad social en el que se encuentre y cubrir sus necesidades básicas respondiendo a estímulos que motiven su satisfacción individual. (12) Por todo lo anteriormente expuesto investigaciones científicas consideran como factores psicosociales que provocan riesgo de vulnerabilidad en el adulto mayor a la pérdida de los roles sociales, deterioro funcional y cognitivo, al aislamiento social, discapacidad, bajo nivel socio económico y de educación, maltrato, depresión, personas sin apoyo social y familiar.

Se pretende que esta investigación tenga un alcance de difusión superior al centro de salud Saucos 3; ya que se podría extrapolar a todos los centros de salud de la ciudad de Guayaquil y porque no a nivel nacional con el fin de aplicarlo para determinar el grado de vulnerabilidad del adulto mayor en el Ecuador y aplicar la escala desarrollada; que deberá ser validada por especialistas; para desarrollar planes de intervención sobre todo en los más vulnerables en plena tercera ola de la COVID 19 y posteriormente.

Los métodos empleados han sido validados por el MSP y son conocidos a nivel mundial para valoraciones geriátricas como el Índice de Katz que valora la realización de actividades de la vida diaria, el Cuestionario de Pfeiffer para la determinación del deterioro cognitivo, la Escala abreviada de Yesavage que es utilizada para la realización de un tamizaje de la depresión geriátrica y la Escala de Valoración socio familiar de Gijón que sirve como instrumento específico para la determinación de la situación sociofamiliar del adulto mayor.

Como aportes de esta investigación se han determinado los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud Saucos 3 de Guayaquil perteneciente al MSP del Ecuador. Esta investigación es totalmente factible de desarrollar y no se han encontrado mayores dificultades a la hora de realizar las encuestas y la aplicación de los distintos métodos empleados, por lo que podría convertirse en una herramienta de gran utilidad para la determinación de la vulnerabilidad del adulto mayor y el grado de intervención y atención que necesitaría aplicarse en los centros de salud y/o en planes de acción en salud sociofamiliar que prácticamente no existen en nuestro país.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En el 2018 según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, ha incrementado la población de adultos mayores de 60 años y más superando en pasos acelerados a los demás grupos de edad en los diferentes países; duplicándose del 12 % al 22 %. (13) La sostenibilidad de la baja fecundidad provoca el aumento de envejecimiento en la población causando un crecimiento demográfico negativo; siendo uno de los cambios sociales más relevantes de las últimas décadas, por el desarrollo de estrategias políticas de la salud pública y socio económicas. Estos cambios se han convertido en retos para la sociedad, debido a que la población debe adaptarse a los cambios de transición que conlleva los diferentes eventos acordes al envejecimiento; como la jubilación, el aislamiento social y familiar, el desempleo, los cambios físicos, cognitivos y de salud mental, generando un problema para la salud pública. (14)

La OMS en el año 2017 reporta que las personas que sobrepasan los 60 años sufren algunos trastornos mentales o neurológicos y el 6,6 % de la discapacidad en este grupo etario es debido a estas causas. Dichos trastornos representan el 17,4 % de la población de los adultos mayores con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en este grupo etario. Es importante mencionar que la cuarta parte de las muertes atribuidas por daños autoinfligidos corresponden a personas adultas mayores ya que el 3,8 % de la población presentan trastornos de ansiedad y el 1 % presentan problemas por abuso de sustancias psicotrópicas. La salud mental influye en la salud física, por esta razón aquellos adultos mayores que padezcan enfermedades crónicas presentan mayor tasa de depresión en comparación con adultos mayores sanos. La depresión no diagnosticada y no tratada en una persona con enfermedad añadida puede empeorar. Según reportes de la OMS alrededor del 15 % de adultos mayores sufren de trastornos mentales; siendo la depresión la más frecuente afectando a más de 300 millones de personas.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, ya sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; motivo por el cual muchas veces conlleva al aislamiento social por la falta de atención y por la pérdida de dignidad y respeto hacia ellos. (5) En el Ecuador según reportes de Datos Macro, la esperanza de vida en el año 2018 ha ascendido hasta llegar a 76,8 años; siendo la esperanza de vida de las mujeres de 79,65 años, mayor que la de los hombres de 74,06 años. (15)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) reporta que en el Ecuador existen registrados hasta el año 2020, un total de 1'059.272 adultos mayores, los cuales representan el 7,4 % de la población. (16) Actualmente se reportan cifras poco alentadoras de la situación actual de los adultos mayores en el Ecuador; ya que, en esta etapa de la vida, presentan mayor número de limitaciones para acceder a recursos y servicios necesarios para su atención. En el Ecuador según los reportes socioeconómicos del INEC, la pobreza afecta al 17,6 % de la población adulta mayor. Alrededor de 500.000 personas adultas mayores viven en situación de pobreza y 60.000 personas en extrema pobreza; reportando así muy bajos niveles de escolaridad, de los cuales el 26,5 % son analfabetos y el 27,2 % presentan primaria inconclusa. Los adultos mayores que presentan condiciones de pobreza y extrema pobreza; el 42 % pertenece al sector rural; el 14,6 % son adultos mayores que viven solos; el 14,9 % víctimas de negligencia y abandono; y el 74,3 % no accede a Seguridad Social. (17) De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEC, los adultos mayores en Ecuador por su nivel socioeconómico presentan déficit por insatisfacción de necesidades básicas; tanto en áreas urbanas como en áreas rurales. De esta manera se describe que en áreas urbanas hay pobreza del 33,8 % y extrema pobreza del 25,6 %; y en áreas rurales se registra pobreza del 41,20 % y extrema pobreza del 43,60 %; siendo la más afectada. (7)

En el centro de salud Saucos 3, se recibe la masiva asistencia de personas de la tercera edad para su atención médica; por lo que esta investigación ha seleccionado una población de 100 pacientes para la realización y aplicación de las encuestas y escalas de valoración geriátrica.

2.2 Formulación

¿Cuál es el grado de vulnerabilidad de la población adulta mayor del consultorio uno del centro de salud Sauces 3?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Determinar la vulnerabilidad de los adultos mayores asignados al consultorio uno del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud Sauces 3, año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio, según las variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo psicosociales que provocan vulnerabilidad en la población de estudio.
- Clasificar el grado de vulnerabilidad de la población en estudio, según la presencia de los factores de riesgo psicosociales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

Con el envejecimiento de los adultos mayores, el riesgo de caer en la pobreza aumenta substancialmente, por varias causas como no contar con un ingreso fijo, por la disminución de la capacidad para poder ejercer una actividad laboral; agregándole el aumento de los niveles de gastos generados por el deterioro de la salud y aumento de discapacidades.

4.1.1 Envejecimiento

La OMS define al envejecimiento desde un punto de vista biológico, como el resultado de varios daños moleculares y celulares que ocurren durante el paso de los años; provocando el deterioro gradual de las capacidades mentales, físicas, psicológicas; aumento de riesgo de enfermedades y por último la muerte. Estos cambios muchas veces no se dan de manera uniforme y lineal en las personas; algunos adultos mayores disfrutan de buen estado de salud otros son vulnerables y frágiles. (14)

Desde el punto gerontológico, es importante diferenciar el envejecimiento de la vejez; siendo términos muy distintos; el envejecimiento es aquel proceso que inicia desde que el individuo nace y culmina con el proceso de la muerte; en cambio la vejez es aquella etapa de la vida que inicia a los 60 años y se la conoce como la última de la vida formando parte del envejecimiento. Es importante tener en cuenta no solo los elementos que provocan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (18)

Tipos de envejecimiento

Se ha categorizado al envejecimiento en tres tipos; los mismos que permiten identificar la presencia del deterioro en el estado de salud general y en la capacidad de adaptación del adulto mayor.

Envejecimiento primario. – se define a los procesos no patonognómicos que ocurren como consecuencia de la edad; por esta razón se la conoce también como envejecimiento normativo.

Envejecimiento secundario. - este envejecimiento presenta cambios ocasionados por la exposición de factores ambientales y conductuales; muy ajenos a los procesos biológicos naturales. El envejecimiento secundario es prevenible; es decir que se puede evitar la exposición de los factores que determinan su intensidad como son el estado de salud, el estilo de vida y los factores ambientales.

Envejecimiento terciario. – este envejecimiento se refiere al rápido deterioro que ocurre antes del proceso de la muerte. Es notable el deterioro en el ámbito cognitivo y psicológico. (19)

Adulto mayor: se denomina así a toda persona mayor de sesenta y cinco años. La OMS, describe al adulto mayor como aquellas personas mayores de 65 años en países de desarrollo, caracterizándolos a nivel de funcionalidad como autovalentes o dependientes; a su vez, este ciclo de vida se subdivide de la siguiente manera: tercera edad (65 – 74 años), cuarta edad (75 – 89 años), longevos (90 – 99 años), y centenarios (más de 100 años). (2)

Gerontología: es el estudio científico del envejecimiento a nivel individual y social; cuyos contenidos y métodos se basan bajo la perspectiva biológica, psicológica, económica, demográfica, legal, entre otras.

Geriatría: es la especialidad que se encarga del tratamiento de las enfermedades y sus condiciones para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades.

Adulto mayor de alto riesgo: es todo adulto mayor expuesto a factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales; disponiéndolos a presentar cualquier tipo de discapacidad en alguna de las tres esferas referidas.

Salud geriátrica: es la capacidad funcional de las personas adultas mayores para desarrollarse por sí mismos y en el seno familiar y social; permitiendo el desempeño de sus funciones acorde a sus capacidades. (20)

4.1.2 Vulnerabilidad en adulto mayor

La vulnerabilidad se refiere a la predisposición de sufrir lesiones frente a la exposición de eventos físicos externos y que dificulta su pronta recuperación. Entre los factores que predisponen a la vulnerabilidad del adulto mayor están la alteración de funcionalidad, de estado cognitivo, de estado emocional, la discapacidad, el aislamiento social, dependencia de familiares por presencia de patologías, bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, entre otros; lo que los obliga a depender de sus cuidadores y dejar de ser autovalentes. Para la evaluación de autovalencia y dependencia del adulto mayor se realizan escalas de funcionalidad. (21)

La vulnerabilidad social se la conoce como vulnerabilidad sociodemográfica. Las variables demográficas permiten identificar grupos vulnerables y riesgos sociodemográficos; según la Cepal *"la vulnerabilidad demográfica se refiere a los riesgos, debilidades o desventajas que enfrentan comunidades, hogares y personas a raíz de la intervención de factores (tendencias, características, conductas) de origen demográfico"*. Estas variables pueden actuar de manera negativa en el desarrollo familiar y personal ya que se encuentran relacionadas con el envejecimiento, planificación familiar, descenso de la fecundidad y otros. (22)

4.1.3 Evaluación funcional en adulto mayor

La funcionalidad o también denominada capacidad funcional, en el campo de la geriatría, se la considera como la facultad que tiene una persona para cumplir con sus actividades diarias de manera independiente permitiendo mantener su cuerpo de manera física y psicológica; es decir tener la capacidad para ejecutar tareas y cumplir roles en la sociedad dentro de un rango de complejidad. El estado funcional del adulto mayor se refiere a la capacidad que presenta para su autocuidado, mantenimiento y actividad física. Existen diferentes áreas de funcionalidad como la cognitiva, psicológica y ocupacional.

La funcionalidad se clasifica en dos tipos: actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria. Los cambios que corresponden al envejecimiento y las enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida, se manifiestan en la pérdida de las capacidades físicas y cognitivas de los adultos mayores, exponiéndolos a ser dependientes de los demás, vulnerables y menos seguros para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Una de las técnicas para el análisis del estado de salud físico de los adultos mayores es mediante el análisis funcional; el cual se evalúa con la valoración integral de las habilidades físicas que realizan con independencia. La valoración de la funcionalidad en los ancianos forma parte de la evaluación geriátrica definido como el proceso diagnóstico multidisciplinario que estudia las capacidades o habilidades funcionales, médica y psicosociales del adulto mayor; para establecer un plan de tratamiento y rehabilitación.

La valoración integral multidisciplinaria se basa en el manejo de instrumentos y equipos médicos multidisciplinarios; que permiten evaluar los síndromes geriátricos presentes en los adultos mayores. Hoy en día para la evaluación de la capacidad funcional se utilizan escalas geriátricas basadas en propiedades psicométricas; que permiten evaluar el estado funcional geriátrico de los ancianos. (23)

Índice de Katz y las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Esta escala geriátrica se basa en la evaluación de independencia o dependencia funcional del adulto mayor para: lavarse, vestirse, uso del servicio higiénico, moverse, continencia y alimentación.

Lavarse

Independiente: Se baña solo o necesita ayuda sólo para lavarse ciertas áreas del cuerpo.

Dependiente: Requiere ayuda para bañarse más de un área del cuerpo, para moverse o no puede lavarse solo.

Vestirse

Independiente: Escoge la ropa, se viste y desviste. Se excluye atar los cordones.

Dependiente: No puede vestirse solo o lo hace de manera incompleta.

Uso del servicio higiénico

Independiente: Utiliza el servicio higiénico, se viste y desviste para su uso, se asea por sí mismo.

Dependiente: Requiere de ayuda para el uso del servicio higiénico.

Movilizarse

Independiente: Se moviliza y realiza actividades de traslado por sí mismo; puede requerir soportes mecánicos.

Dependiente: Requiere ayuda para moverse; no realiza una o más transferencias.

Alimentación

Independiente: Se alimenta por sí mismo, lleva la comida del plato a la boca con exclusión del corte de carne o preparación de los alimentos.

Dependiente: Requiere de asistencia para comer; no come por sí mismo; o necesita de alimentación enteral o parental.

Clasificación de la capacidad funcional en el adulto mayor

La funcionalidad del individuo ha sido tomada en cuenta como prioridad para su clasificación en el adulto mayor; basándose en los tipos de discapacidad que puedan presentar; como limitación para moverse, inestabilidad postural, incontinencia vesical o urinaria y discapacidad cognitiva. Esta clasificación en adultos mayores ha permitido a los profesionales de la salud la planificación de recursos humanos y materiales para la ejecución de actividades específicas para cada grupo de edad.

La funcionalidad de los adultos mayores se clasifica como:

Independencia funcional: es cuando el adulto mayor presenta capacidad suficiente para realizar actividades diarias de manera independiente, sin requerir asistencia.

Dependencia funcional: es la realización de las actividades con ayuda o supervisión de terceros.

Autovalente: es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente.

Autovalente con riesgo: es aquella persona expuesta de gran manera a la vulnerabilidad de la deficiencia física, psicológica y social.

Dependiente: es aquella persona que presenta alguna limitación en su capacidad funcional para realizar sus actividades cotidianas.

Postrada o Terminal: es aquel adulto mayor que presenta alguna incapacidad física y mental; que le impide realizar adecuadamente sus actividades básicas diarias de manera independiente y cumplir con sus necesidades fisiológicas. (1)

4.1.4 Evaluación psicológica del adulto mayor

Consiste en la evaluación del deterioro cognitivo y la presencia de alteraciones de tipo afectivo que se proyectan de manera negativa en la capacidad mental del adulto mayor. Se han establecido escalas geriátricas para el análisis y evaluación del estado cognitivo, psicoafectivo y funcional del individuo; como la escala de Pfeiffer que valora el estado cognitivo y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (abreviada), que valora el estado emocional del anciano.

Deterioro cognitivo en el adulto mayor

El deterioro cognitivo (DC) se lo conoce como la pérdida parcial o total de la funcionalidad mental; abarcando distintas patologías como el síndrome confusional agudo que puede presentarse de manera secundaria a infecciones, anemia, afecciones de cualquier sistema y aparato), también se da la demencia causada por enfermedad de Alzheimer, puede ser de etiología vascular o mixta y el deterioro cognitivo leve asociado a problemas de salud propio de la edad.

La prevalencia del deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores ha incrementado con el paso de los años en el Ecuador, más en adultos mayores que viven en las áreas rurales. En América Latina, los trastornos psiquiátricos y neurológicos se han triplicado; los mismos que han sido asociados a la presencia de los factores de riesgo modificables y no modificables a los que están expuestos.

Estos factores deben ser reconocidos a tiempo para poder desarrollar estrategias efectivas que permiten prevenir estas patologías y reducir el impacto sanitario que provocan. De la misma manera es importante la identificación de instrumentos o herramientas que permitan su identificación a través de tamizajes que detecten a las personas afectadas. (24)

4.1.5 Valoración del estado cognitivo del adulto mayor

Se realiza para esta valoración la Escala de Pfeiffer SPQMS (Short Portable Mental Status Questionnaire). Es un instrumento que consiste en un cuestionario muy breve, de 10 preguntas que valoran el estado de la memoria, orientación, concentración y cálculo del adulto mayor; con índices de sensibilidad y especificidad. Es complementada con la información que pueda aportar el familiar o cuidador. Tiene una corrección en su puntuación de acuerdo al nivel cultural y de escolarización que presente el adulto mayor.

Valoración del estado emocional del adulto mayor

La depresión es una enfermedad que se presenta en el envejecimiento, la cual debe ser tratada; con frecuencia pasa desapercibida. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes en la vejez; sin embargo, debido a los estigmas sociales la mayoría de adultos mayores no mencionan la presencia de sus síntomas. Los trastornos depresivos pueden ser primarios y secundarios, se denominan primarios cuando no existe otra causa que provoque el trastorno y secundario cuando se asocia con otras afecciones.

La depresión puede presentarse clínicamente y cumplir con los criterios del trastorno depresivo mayor que se exponen a continuación:

- a) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o pérdida de interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes), insomnio o hipersomnía, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.
- b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c) Los síntomas provocan malestar clínico o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una patología médica.

- e) Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. En los adultos mayores, si se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es importante especificar si pertenece a algún subtipo diagnóstico, ya sea atípico, melancólico o depresión delirante.

Existen instrumentos que permiten valorar la presencia de síntomas depresivos, como la escala geriátrica de depresión de Yesavage (abreviada); la misma que es útil para el tamizaje del estado depresivo y valoración mental del adulto mayor. Consiste en un cuestionario de 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se ha sentido emocionalmente durante la semana anterior a la fecha de realizado el test.

Factores de riesgo relacionados con la depresión

Los factores de riesgo para la depresión deben ser identificados clínicamente, para intervenir sobre ellos y mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante. Entre los factores de riesgo mayormente asociados a la depresión en adultos mayores se mencionan los siguientes: género femenino, antecedentes de episodios depresivos previos, el duelo, trastornos del sueño. (25)

4.1.6 Valoración social del adulto mayor

Consiste en identificar los factores psicosociales asociados a la disfuncionalidad individual, familiar y social del adulto mayor. Esta evaluación permite detectar los problemas sociales del anciano y su familia para la implementación de estrategias sanitarias que permitan alcanzar el manejo adecuado para la salud de los mismos y determinar los aspectos psicosociales para concluir el diagnóstico. Muchos aspectos son producto del desequilibrio psicosocial del núcleo familiar; como factores predisponentes están el abandono familiar, la soledad, el deterioro físico y mental, la adaptación al medio, el aislamiento social, la tristeza, entre otros.

Como parte de esta evaluación; es importante la implementación de la escala de valoración socio familiar de Gijón SFES (Social-Familial Evaluation Scale); la cual permite recoger información de la situación familiar, la situación económica, las relaciones sociales y apoyos de la red social, catalogando la valoración social en aceptable situación social, riesgo social o existencia de problema social. (1)

4.1.7 Valoración sociofamiliar del adulto mayor

El estudio de la valoración sociofamiliar está enfocado en la Atención Primaria de Salud (APS); la misma que es responsable del funcionamiento familiar y elaboración de estrategias que permiten evaluar su funcionalidad y permitan establecer intervenciones que mejoren su condición socio familiar. Debido al aumento de la esperanza de vida y las múltiples patologías asociadas al envejecimiento se ha incrementado la problemática social y familiar en este grupo poblacional, fortaleciendo el trabajo de la medicina familiar en este campo.

4.1.8 Clasificación de riesgo del adulto mayor

Persona mayor de no riesgo (PMNR): se denomina así a toda persona mayor de 60 años que presente menos de dos criterios de riesgo, a excepción de padecer demencia, alguna enfermedad terminal o requiere de atención domiciliaria; clasificándolos, así como persona de mayor riesgo.

Persona mayor de riesgo (PMR): se denomina así cuando el adulto mayor presente dos o más de los criterios definidos o como se mencionó anteriormente si presenta demencia, enfermedad terminal o requiere de atención domiciliaria.

Factores de riesgo en adultos mayores

El factor de riesgo se define a la característica esencial o adquirida que posee un individuo, asociado a la probabilidad de fallecer o padecer de enfermedades o alguna condición de daño. El factor de riesgo social incrementa la vulnerabilidad del adulto mayor debido a los daños que puede causar.

Clasificación de los factores de riesgo:

Individuales

Colectivos

Modificables

No modificables

Individuales

Entre las características del individuo se incluyen a modo de vida y estilo de vida.

•**Modo de vida:** es todo aquello que se relaciona con el individuo en la sociedad (condición de vivienda, trabajo, atención sanitaria, alimentación, transporte, comunicación).

•**Estilo de vida:** es el resultado de la relación entre las condiciones de vida y los patrones individuales (hábitos de higiene, nutricionales y tóxicos).

Colectivos

La presencia de varios fenómenos biológicos, químicos o psicosociales pueden contribuir a la presencia de factores de riesgo en la comunidad; por lo cual es importante determinar el grado y magnitud de la exposición. (18)

Modificables

- Enfermedades no transmisibles
- Malnutrición
- Alcoholismo y tabaquismo.
- Deterioro de funcionalidad y depresión.
- Suicidios, caídas.
- Aislamiento social
- Brecha de ingresos
- Discapacidad

No modificables

- Sexo
- Raza
- Edad

4.1.9 Factores de riesgo determinantes de la vulnerabilidad

La OMS define entre los siguientes factores de riesgo sanitarios y sociales los más importantes; que provocan estados de vulnerabilidad en los adultos mayores. (5)

- Edad 80 años y más
- La salud física, mental y económica
- La capacidad funcional y las discapacidades
- Las relaciones familiares y sociales
- Discapacidad
- Baja escolaridad

4.1.10 Discapacidad

La discapacidad es toda situación que limita la participación en algún tipo de acción a una persona; causada por la presencia de alguna deficiencia en algún órgano o capacidad intelectual. Se trata de la existencia de una limitación; no siendo causa sino más bien una consecuencia. La presencia de una discapacidad provoca dificultad para una persona en la participación social en comparación con aquellas personas que no presenta deficiencia alguna. Sin embargo, tener una discapacidad no implica que la persona que la padezca o se encuentre en riesgo de tenerla no pueda alcanzar o realizar las actividades, siempre y cuando tenga el aporte de una ayuda ajustada a satisfacer sus necesidades.

La discapacidad ha sido establecida con diferentes clasificaciones en función del tipo de problema en el que presenten dificultades.

1. Discapacidad física

Se denomina discapacidad física o motora a todo tipo de limitación generada por la presencia de la disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas. Este tipo de discapacidad se presenta en casos de traumatismos craneoencefálicos, problemas medulares, accidentes de tránsito, enfermedad médica que causa limitación física, amputaciones, entre otras.

2. Discapacidad sensorial

A la discapacidad sensorial se la conoce como aquella limitación presentada por la ausencia de los sentidos; los mismos que permiten percibir los ambientes externos e internos. La discapacidad auditiva y visual son las alteraciones de los sentidos más conocidas.

3. Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es toda limitación del funcionamiento intelectual que dificulta la participación social o el desarrollo de la autonomía o en áreas académicas o laborales. Los distintos grados de discapacidad intelectual que existen presentan diferentes implicaciones a nivel del tipo de conflictos que pueden presentar.

4. Discapacidad psíquica

En la discapacidad psíquica se presentan varios tipos de alteraciones como la conductual y adaptativa, las mismas que se derivan de la alteración de trastornos mentales.

5. Discapacidad visceral

Esta discapacidad se encuentra presente en las personas que presentan algún déficit en sus órganos, provocando limitaciones en la vida y participación en comunidad del sujeto. Como ejemplo en estos casos están la presencia de patologías como la diabetes o los problemas cardíacos.

6. Discapacidad múltiple

Este tipo de discapacidad se deriva por la combinación de limitaciones mencionadas anteriormente. Como ejemplo se puede mencionar un sujeto sordo y con discapacidad intelectual, o de un sujeto parapléjico con ceguera. Es decir; la presencia de una discapacidad secundaria a pérdida de los sentidos de la visión o de audición. La mayoría de las personas no se rigen a tratamientos para su enfermedad; aunque sea con el uso de técnicas simples, como utilizar audífonos o con cirugía de cataratas, provocando mayor exposición a riesgos como alteración de la salud mental, enfermedad vascular y muerte. Otros factores de riesgo son debatidos, como el bajo nivel educacional; nivel socio económico; la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente, en ninguno de los dos sentidos. (26)

4.2 Antecedentes investigativos.

En la Habana, Cuba, en el año 2015, se realizó un estudio de investigación titulado “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, cuyos investigadores principales son Haydeé Mabel Llanes Torres, Yeleinis López Sepúlveda, Jorge Luis Vázquez y Raúl Hernández; cuyo objetivo del estudio fue describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, interviniendo variables como: los factores psicosociales, los síntomas psicómicos, la edad, sexo y los tipo de depresión.

El estudio de investigación se planteó con la propuesta de establecer el análisis de la situación de salud del adulto mayor, identificar los problemas de salud encontrados, donde la depresión prevaleció como la enfermedad más frecuente. Este estudio se realizó con la aplicación de un cuestionario creado por los mismos autores, con la finalidad de describir los diferentes factores psicosociales que provocan la depresión en adultos mayores. El cuestionario consta de 8 preguntas, cuya información de recolección son variables socio demográficas como la: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares y personales de depresión, factores psicosociales asociados a la depresión.

Los instrumentos utilizados fueron el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage; esta escala consta de 15 ítems que se responden de manera afirmativa y negativa. La asignación de la puntuación define a la depresión normal entre 0-10, la depresión leve entre 11-15 y la depresión establecida > 15 puntos. Los resultados obtenidos establecieron que el sexo que predominó fue el femenino en un 64,38 %, el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia con el 26,04 %; referente al factor psicológico, la depresión con un 78,08 %, en cuanto al factor social, la necesidad de comunicación, con 56,85 %, entre los síntomas psicósomáticos; la desesperanza con 86,98 %, predominando la depresión establecida, con el 50,69 %. (27)

Otro estudio realizado en Cuba, en la ciudad de Santa Clara, en el mes de septiembre del año 2016 hasta marzo del año 2017, acerca de una investigación en un Policlínico Docente llamado “José Ramón León Acosta” con el título de Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores; sus investigadores principales son Jesús Cuéllar Álvarez, Vivian Guerra Morales, Tania Bravo Acosta y Yuneisys Coronados Valladares; cuyo objetivo del estudio fue evaluar el estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores, interviniendo variables como: edad, sexo, escolaridad, estado cognitivo, estado psicoafectivo y estado funcional. Se realizó una entrevista abierta para la recolección de información, lo cual permitió determinar el cumplimiento de las actividades de la rehabilitación cognitiva, además de la evaluación psicológica. Se utilizó el test Mini mental, la escala psicoafectiva geriátrica, el índice de Katz y la escala Yesavage. Como resultados del estudio predominó el sexo femenino, con factor funcional adecuado el 54,8 %; siendo el grupo de 60 - 69 años de edad el más afectado con algún grado de depresión el 32,3 %, de ellos 22,6 % tenían depresión leve; con respecto al campo cognitivo fueron más frecuentes las afectaciones de la memoria, la comprensión y la relación visoespacial. (28)

En Colombia en el año 2016 se realizó un estudio acerca del índice de vulnerabilidad de adultos mayores en tres ciudades Medellín, Barranquilla y Pasto; publicado en la revista Biomédica, realizado por Doris Cardona, Ángela Segura, Alejandra Segura, Diana Muñoz, Daniel Jaramillo, Douglas Lizcano, Maite Catalina Agudelo, Catalina Arango, Santiago Morales; formando los grupos de Investigación en Epidemiología y Bioestadística, Observatorio de la Salud Pública y Psicología, Salud y Sociedad, de la Universidad CES, Medellín, Colombia.

El objetivo de la investigación fue definir el índice de vulnerabilidad con los recursos físicos, humanos y características sociales y funcionales de los adultos mayores en las tres ciudades de Colombia y determinar los factores asociados con esta condición. La metodología utilizada fue un estudio de tipo transversal, con fuente primaria obtenida por la elaboración de una encuesta realizada a 1514 personas de 60 años y más de Medellín, Barranquilla y Pasto.

Para la elaboración del índice se utilizó el análisis factorial con los métodos de componentes principales y de rotación ortogonal Varimax. Los resultados reportaron Se observó predominio de las personas casadas con 38,2 %, seguidas de las viudas con 25,7 %, solteras con 18,7 %, las separadas o divorciadas con el 8,7 %, y aquellas en unión libre con 8,7 %. En cuanto al nivel de escolaridad, se registró que el 54,9 % de los adultos mayores cursaron algún grado de educación, el 26,6 % había cursado algún grado de educación secundaria y el 7,9 % con educación universitaria; y por último el 10,6 % no tenía ningún nivel educativo. Como conclusión se determinó la vulnerabilidad en el 58,55 % de adultos mayores, por el uso del tiempo, por independencia funcional y por el bienestar. (29)

Un estudio basado en la valoración sociofamiliar del adulto mayor se realizó en Paraguay, por Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital de Clínicas de la ciudad Asunción; cuyos nombres son Ibarra Garayoa, Giménez Reyes, Barrios Galeanoc y Benítez Giménez. Este estudio de investigación fue publicado en la revista Medicina de Familia Semergen, en el año 2017; con el objetivo de valorar la situación sociofamiliar de las personas de la tercera edad.

La metodología fue un estudio observacional, de tipo descriptivo, de corte transversal basado en las consultas de atención primaria y visitas domiciliarias realizadas a 94 adultos mayores de forma no probabilística. En estas consultas se evaluó la situación sociofamiliar de cada adulto mayor mediante la escala de Gijón adaptada. Como resultados se registró que la edad media de los 94 adultos mayores es de $74,9 \pm 8,04$ años. De estos adultos mayores el 61,7 % son mujeres, mientras que el 38,3 % son hombres. De acuerdo a la situación social el 6,38 % que corresponde a 6 personas, tienen una buena/aceptable situación social; el 34,04 % que son 32 personas presentan riesgo social; y el 59,57 %, de 56 personas que tienen problema social.

Con respecto a la situación familiar, 49 sujetos viven con su familia que son el 52 % y 26 personas presentan algún grado de dependencia correspondiente al 27,66 %. En cuanto a la vivienda, el 36,17 % corresponde a 34 mayores que presentan barreras arquitectónicas en su hogar y 5 mayores se encuentran sin vivienda, que son el 5,32 %.

Respecto a las relaciones sociales el 47,87 % mantiene relaciones sociales con la comunidad, el 58,51 % no cuentan con seguro social y el 5,32 % se encuentran en situación de abandono familiar. Concluyendo con el análisis, respecto a la situación económica el 40,43 % reciben ingresos irregulares y el 42,55 % no reciben pensión alguna. Como conclusión el estudio realizado muestra que la mayoría de la población adulta mayor presentan riesgos o problemas sociales. (30)

Un estudio realizado en Murcia por investigadores del departamento de enfermería de la Universidad Jaume I llamado Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana, la cual estableció como objetivo determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados presentes en adultos mayores de 75 años de la ciudad de Castellón de la Plana, mediante un estudio observacional, transversal y analítico, ejecutado mediante un cuestionario con una muestra de 400 individuos mayores de 75 años residentes en la comunidad, que fueron seleccionados mediante muestreo intencionado durante el año 2015.

Sus resultados establecieron la prevalencia de síntomas depresivos 30,5 %, las mujeres los presentan en mayor proporción con el 40,1 %. Los adultos mayores que viven solos presentan en mayor medida síntomas de depresión con el 26,6 % frente al 16,1%. El 41,5 % de los adultos mayores perciben menos ingresos, siendo el sexo femenino predominante en este grupo. La autopercepción idónea de salud se relaciona con menor presencia de síntomas depresivos y en relación a la fragilidad; presentan en menor proporción síntomas depresivos los individuos no frágiles representados por el 12,1 %, los individuos frágiles con el 30,8 % y los prefrágiles con el 57 %. Se encuentran con una puntuación media menor (0,003) a los individuos con aspectos negativos en las relaciones sociales. Como conclusión, hay asociación entre el sexo y la presencia de síntomas depresivos, convivencia, fragilidad y autopercepción de salud. (31)

En Portugal se realizó un estudio con personas mayores del Centro de Saúde da Covilhã con el objetivo de establecer el nivel de funcionalidad de personas mayores de 65 años. Se tomó como variable dependiente la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales; y como variable independiente diversos aspectos sociodemográficos como edad, sexo, personas con las que viven, hábitos, entre otros. Mediante la aplicación del Índice de Katz y de la Escala de Lawton, se obtuvieron como resultados que los adultos mayores que no residen en residencias de ancianos mantienen un alto nivel de independencia funcional.

La muestra era en su mayoría femenina con un 61,2 %. Respecto a su estado civil el 69,5 % eran casados y un 20,4 % viudos. Por grado de escolaridad la mayoría habían realizado la primaria con el 63,3 %, seguidos de un 18,4 % que eran analfabetos y de un 12,2 % con secundaria. Con respecto a ocupación el 32,7 % de los encuestados se dedicaban al cuidado del hogar, seguidos de un 28,6 % que realizan otras actividades como leer 14,3%, otros ver la televisión con un 12,2 %. Finalmente, la valoración de funcionalidad registra que el 89,5 % de los hombres y el 66,7 % de las mujeres son capaces de realizar sin problemas todas las actividades de la vida diaria. El nivel de independencia funcional de las mujeres alcanza el 90 %. (32)

Un estudio realizado en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en Rancagua-Chile, entre el 2 de octubre 2017 al 30 de agosto del 2018, se utilizó como metodología la elaboración del test neuropsicológico breve de NEUROPSI responsable de examinar la función cognitiva global. El mismo consta de 8 escalas y explora 9 áreas cognitivas, se evaluó el estado cognitivo de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, que acudieron a los talleres de memoria, basándose en la metodología de un estudio observacional, analítico y bidireccional, efectuado a 62 personas mayores residentes en el ámbito comunitario, con una edad media de 79 años. Los resultados reportan que el género femenino se asocia con el deterioro cognitivo leve con el 82 %, la edad avanzada y baja escolaridad con el 92 %. (33)

En la ciudad de Colombia se reportó un estudio de investigación para estimar la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial que se encuentran asociados. La metodología se basó en un estudio de corte transversal, observacional-descriptivo, con una población de 889 adultos mayores. La depresión fue valorada con la escala geriátrica de Yesavage y los factores de riesgo con el cuestionario Predict. Como resultados se obtuvo que el 74 % de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50.

Se estimó una prevalencia de depresión del 18,6 %, siendo mayor en las mujeres con el 20 % y 18 % en sujetos entre 70 y 79 años; los adultos con baja escolaridad sumaron un 43 %, y el 22 % personas dependientes económicamente. Por otra parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial mencionados a continuación: vivir solo, haber tenido crisis económica, presentar enfermedades crónicas, depresión, insomnio; y el fallecimiento de un familiar o amigo cercano en el último año. Como conclusión, se registró que la prevalencia de depresión presente en un grupo de personas mayores del estudio realizado fue más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la OMS. (34)

Uno de los mayores problemas que se presentan con frecuencia en la población adulta mayor por el envejecimiento es el deterioro cognitivo. Un estudio realizado en la ciudad de Colombia determinó el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores residentes en hogares para ancianos en Bucaramanga - Santander, Colombia, cuyo objetivo es determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores; mediante un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, utilizando una población de 165 adultos mayores y una muestra de 60 que residen en asilos; como criterios de inclusión se escogió la edad entre 65 y 95 y más años y la presencia o ausencia de patología crónica. Como instrumentos de metodología se utilizó el muestreo no probabilístico y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental).

En los resultados se obtuvo que los adultos mayores que participaron entre las edades de 75 a 94 años, predominó el género masculino; como nivel educacional predominó el nivel básico primario, además de la presencia de contacto familiar y el tiempo de institucionalización fue de 1 a 5 años. En conclusión, el 41,7 % de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave, sin deterioro 33,3 % y con deterioro el 23,3 %. (35)

En la ciudad de Bucaramanga en Colombia, se realizó un estudio para determinar la relación entre el riesgo social y depresión en adultos mayores del centro de bienestar del anciano Juan Pablo II. Como metodología se utilizó para estimar el nivel de depresión la aplicación de la escala de Yesavage y para la identificación de factores de riesgo de la depresión la escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Como resultados se registró que los adultos mayores tenían entre los 65 y 74 años, el 50 % eran de sexo masculino y 50 % de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 30 % en los adultos mayores del centro bienestar; el 20 % reportaron depresión leve, el 10 % depresión moderada y el 70 % sin depresión. Con respecto a la valoración sociofamiliar se reportó que mantienen una relación buena- aceptable el 60 % de los adultos mayores, se encuentra en riesgo social el 30 % y con problema social el 10 %. (36)

Otro estudio realizado en dos comunas de Sincelejo (Colombia) acerca de la condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años, se empleó como metodología las escalas de valoración geriátrica: sociofamiliar de Gijón, escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la escala Minimental para la evaluación cognitiva. Sus resultados determinaron que el 61 % de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con relación a la situación sociofamiliar, la puntuación de la escala nos muestra que el 40,4 % de los adultos mayores están en riesgo social; un 27,3 % tiene problemas sociales y solo el 32,3 % tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable.

En relación a la situación familiar; se reportó que el 32,4 % de los adultos mayores viven con familiares y sin conflicto, el 25 % viven con cónyuge de similar edad; el 47,7 % no recibe pensión ni otros ingresos y el 37 % con ingreso irregular; el 44 % tiene seguro social, pero necesita mayor apoyo social institucional, el 17 % requiere de apoyo institucional, aunque tiene seguridad social, el 21,8 % no cuenta con seguridad social y el 8 % se encuentra en situación de abandono familiar. Viven en viviendas inadecuadas un 32,4 %, con equipamiento inadecuado un 17,8 %, y el 17,1 % de las viviendas constan de barreras arquitectónicas. El sexo masculino con el 29,7 % presenta mejor situación social que el sexo femenino con el 21,4 %; el 51,3 % de las mujeres se encuentran en riesgo social. (37)

Un estudio de investigación en Perú evaluó a 210 adultos mayores entre 60 a 100 años, de los cuales el 58,1 % eran mujeres; cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de deterioro cognitivo presente en aquellos pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Se aplicó el cuestionario del estado mental de Pfeiffer y el minimal de Folstein. La correlación entre ambos instrumentos fue .55 ($p=.000$). La prevalencia de deterioro cognitivo que se reportó fue del 8,6 % y de 6,1 % con el cuestionario de Pfeiffer. La prevalencia de acuerdo al sexo reporta que existe más cantidad de casos en mujeres, pero no hay diferencias estadísticamente significativas ($t=.32$, $p=.75$). Los datos registrados en el estudio señalan una prevalencia de deterioro cognitivo de 8,6 % y 6,2 % con mayor predominio en el sexo femenino en la prueba de Pfeiffer. (38)

En el Ecuador, en la ciudad de Quito, se realizó un estudio de investigación acerca de los factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito en el año 2018, con el objetivo de identificar la asociación que existe entre la depresión y las condiciones familiares, sociales y dependencia en adultos mayores. El investigador Diego Fernando Calderón Masón se basó en realizar la metodología mediante un estudio observacional, de tipo descriptivo, transversal.

Su población de estudio fue establecida por un total de 390 participantes adultos mayores conformados por 178 hombres y 212 mujeres, sin tratamiento antidepresivo, ninguna situación de emergencia médica, ni presencia de algún tipo de demencia o enfermedades catastróficas. Para el diagnóstico de depresión se utilizó una entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la aplicación de las escalas de Katz para independencia y para las actividades básicas de la vida diaria, la escala para valoración sociofamiliar de Gijón y registro de datos sociodemográficos. El estudio de asociación se realizó mediante el cálculo de Odds de prevalencia y chi cuadrado de homogeneidad, y para la interacción de variables, se elaboraron modelos de regresión logística binaria. Como resultados del estudio se determinó que la prevalencia de depresión fue del 26,24 % con 15,4 % de episodio depresivo leve. La edad promedio fue de 72,8 años.

No se reportó asociación entre la depresión, sexo, nivel de educación o tener una relación marital. En el modelo de regresión logística binomial con las variables sociofamiliares, la mayoría registró tener malas relaciones sociales, con respecto al modelo con las variables significativas, fue sobre dependencia. Se reportó que el 74 % de los casos eran depresivos, la edad máxima fue de 80 años, bajo nivel de educación, sexo femenino y no tener pareja. La minoría de adultos mayores eran dependientes para realizar actividades básicas de la vida diaria con el 5 % y el 95 % eran independientes. Los casados correspondían en su mayoría con el 64,4 %, seguidos de los viudos con el 14,4 %.

Los jubilados son mayoría con el 84,4 %, siendo personas afiliadas al Seguro Social. Sólo un 7,4 % continúan laborando. Como conclusión de la investigación se determinó que existe asociación entre la depresión, la dependencia y pertenencia a grupos sociales. Por lo anteriormente expuesto, se concluye que las personas clasificadas como depresivas, fueron personas dependientes en sus actividades básicas diarias, con riesgo social y no pertenecían a grupos sociales. (39)

En la ciudad de Ambato se realizó una investigación cuyo objetivo consistía en la valoración de la situación sociofamiliar del adulto mayor atendido en la consulta externa del Hospital General Docente Ambato en el período enero-diciembre de 2017, para la clasificación de su riesgo social. Mediante la aplicación de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, la información recolectada registró que el 15 % de la población presentó riesgo social bajo, el 52 % riesgo social intermedio y el 33 % riesgo social elevado.

De acuerdo a la situación familiar se determinó que el 40 % de la población vive con su familia y sin conflicto, el 20 % vive con familia y presenta dependencia física, el 32 % vive con cónyuge de similar edad, el 3 % viven solos aún teniendo hijos con vivienda próxima y el 4 % viven solos y carecen de hijos o viven lejos. De acuerdo a la situación económica el 42 % recibe pensión no contributiva, el 40 % no tiene ingresos o es inferior el salario mínimo, el 13 % recibe desde el salario mínimo hasta pensión mínima; en su minoría con el 3 % recibe desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente; evidenciando con el 2 % con ingreso irregular.

De acuerdo a las características de la vivienda el 43 % reside en vivienda adecuada a las necesidades, el 39 % cuenta con vivienda en malas condiciones de humedad, mala higiene y equipamiento inadecuado, y el 5 % viviendas con barreras arquitectónicas. Con respecto a las relaciones sociales, el 26 % tienen relación social sólo con familia y vecinos, el 24 % tiene relación social sólo con familia o vecinos, el 23 % no sale de su domicilio, pero recibe visitas de familia y por último el 1 % no sale de su domicilio y no recibe visitas. De acuerdo al apoyo de red social el 68 % se encuentran apoyados por un familiar o un vecino, el 17 % bajo apoyo permanente, un 14 % no tiene apoyo de ninguna persona o institución. (40)

En la provincia de Santa Elena se realizó un estudio de investigación cuyo objetivo principal fue determinar los factores psicológicos asociados al abandono familiar en los adultos mayores de la Comuna San Pedro. Los instrumentos utilizados para la metodología fueron la ficha sociodemográfica, la escala de valoración sociofamiliar de Gijón y la escala moral del centro geriátrico de Filadelfia.

Como resultado se demostró que el 92 % presentan problema social y el 8 % riesgo social; de acuerdo a la situación familiar viven solos y sus hijos o familia próximos representan el 51 %, el 28 % viven con su pareja y/o familiar, el 13 % viven totalmente solos, quienes tienen familia lejos o no poseen familia. (41)

Otro estudio realizado en la ciudad de Ambato determinó la incidencia de la situación sociofamiliar y calidad de vida del adulto mayor en el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Izamba a 70 adultos mayores. Los resultados determinaron que el 61,4 % de los adultos mayores son del género femenino y el 38,6 % del género masculino, el 61,4 % son viudos, determinando así que el 42,9 % presentaron riesgo social, el 32,9 % tienen problema social, estableciendo que el 77,1 % de la población de estudio tienen una inaceptable calidad de vida. (42)

4.3 Marco normativo

En el Ecuador existe legislación que norma y regula la calidad de la prestación de servicios de salud a la población de adultos mayores en la cual se garantizan los derechos constitucionales de los adultos mayores en la Constitución Nacional. La Norma técnica para la población adulta mayor tiene por objeto garantizar con calidad la prestación de servicios de salud en el sector público y privado, respetando sus deberes y derechos, su interculturalidad y equidad de género, favoreciendo al envejecimiento saludable. Las instituciones sanitarias tienen la obligación de cumplir con la norma y sus estándares de calidad para la regulación de los servicios gerontológicos teniendo en cuenta los ámbitos sociales, familiares y colectivos. (1)

La Constitución de la República del Ecuador establece como principio la igualdad de todas las personas, los mismos derechos, deberes y oportunidades, rechaza toda discriminación y garantiza la protección del adulto mayor mediante el registro de varios artículos, donde el estado reconoce derechos, exoneraciones y beneficios de los adultos mayores. En marzo del 2019 se aprobó la Ley Orgánica de las personas adultas mayores. Esta ley busca ratificar derechos y garantizar una vejez digna; será aplicable para las personas adultas mayores ecuatorianas y extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano. (43)

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo debido que su objetivo es determinar el grado de vulnerabilidad en la población de estudio. Al identificar los factores psicosociales no busca relaciones entre las variables de estudio.

5.2 Tipo de investigación

El estudio de la investigación según la intervención del investigador es observacional porque se describen las variables del objeto de estudio, según la planificación de la toma de datos es de tipo prospectivo, porque la fuente de recolección de los datos es primaria, por lo cual la autora recoge la información de manera directa mediante una encuesta, de corte transversal porque se mide la prevalencia de la población de estudio en una sola ocasión y según el número de variables es descriptivo, con análisis univariado, porque no se realizó asociaciones de variables.

5.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es un estudio de prevalencia o corte transversal ya que propone describir de modo sistemático las características de una población en situación de vulnerabilidad, teniendo en cuenta los factores de riesgo que podrían afectar a sus actividades y la salud del adulto mayor.

5.4 Justificación de la elección del método

Este método de investigación de acuerdo al nivel, tipo descriptivo y diseño de corte transversal permite responder a la pregunta científica de la investigación y efectuar los objetivos propuestos en el estudio. Es de acotar que en el país no se encuentran muchos estudios acerca de este tema y sobre todo de la vulnerabilidad de las personas de la tercera edad, por lo que es relevante hacer esta investigación.

5.5 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por un total de 100 adultos mayores de 65 años y más, de ambos sexos, asignados al consultorio uno de Medicina Familiar del centro de salud Sauces 3, en el período 2021 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para la investigación.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Se incluyó en el estudio el universo de adultos mayores pertenecientes al consultorio uno de Medicina Familiar del centro de salud Sauces 3, del cantón Guayaquil; mediante el registro de las fichas familiares de 100 adultos mayores, de ambos sexos, de 65 años y más durante el período del año 2021.

5.5.2 Criterios de inclusión

Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación y disposición a contestar la encuesta realizada de forma presencial.

Adultos mayores con residencia permanente en el sector de Sauces 3, correspondiente al consultorio uno de Medicina Familiar del centro de salud Sauces 3.

Adultos mayores con deterioro cognitivo o discapacidad mental, cuyo familiar o cuidador firme el consentimiento.

5.5.3 Criterio de exclusión

Adultos mayores que después de dos ocasiones de haberse visitado no se encontraron en el domicilio.

5.6 Procedimiento de recolección de información

Para la recolección de la información se socializó en el sector de Sauces 3 la ejecución del proyecto de investigación a los adultos mayores y sus familias; cuya recogida de información fue durante el año 2021. Se realizó una visita domiciliaria a los participantes, que forman parte de la población asignada al consultorio uno del centro de salud Sauces 3. Una vez determinada la población de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se informó a los participantes sobre los objetivos de estudio y se les invitó a participar de manera voluntaria en la encuesta; la misma se realizó en 30 minutos para contestación de las preguntas realizadas; quedando como constancia la firma del consentimiento informado. La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Durante su realización se cumplieron las normas éticas contempladas en la Declaración de Helsinki. Para dar salida a los objetivos de la investigación se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo encuesta y la propuesta de una escala de clasificación para determinar los grados de vulnerabilidad de la población de estudio elaborada por la autora y avalada por tres expertos, dos médicos con especialidad de Medicina Familiar y un bioestadístico siguiendo los criterios de Moriyama. La primera sección de la encuesta estuvo dirigida a caracterizar las variables sociodemográficas como: sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, ingreso económico. Para responder al segundo y tercer objetivo se utilizó la segunda sección mediante la aplicación de escalas de valoración geriátrica validadas por el MSP y protocolos nacionales de atención integral del adulto mayor; lo que permitió evaluar la funcionalidad, estado cognitivo, afectivo y valoración socio familiar de los participantes. Finalmente, para la determinación de los grados de vulnerabilidad de la población de estudio la autora elaboró la propuesta de una clasificación sin vulnerabilidad, vulnerabilidad baja, media y alta; según los resultados obtenidos.

5.6.1 Instrumentos

Índice de Katz

Evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con la asignación de la siguiente puntuación:

- Independiente: 0 ítem.
- Dependencia parcial: 1 a 5 ítems.
- Dependencia total: 6 ítems.

Esta puntuación es significativa respecto a la funcionalidad del adulto mayor; debido a que proporciona indicadores de autonomía-dependencia.

La clasificación se expresa en la tabla 1. (44)

Tabla 1 Valoración de la Escala de Katz

Clasificación	Valoración
Independientes en todas las funciones	0
Independientes en todas menos 1	1 - 5
Independientes en todas menos en la bañera, y en otra función	
Dependiente en la bañera, vestirse y otra	
Dependiente para bañarse, vestirse, uso del inodoro y otra más	
Dependiente para bañarse, vestirse, uso del inodoro, moverse y otra más.	
Dependiente para todo	6

Elaborado por la autora.

Cuestionario de Pfeiffer

El cuestionario determina el grado de deterioro cognitivo (DC), consta de 10 preguntas con la asignación de la siguiente puntuación por cada error:

- No deterioro cognitivo: < 2 E.
- DC leve: 3 a 4 E.
- DC moderado: 5 a 7 E.
- DC severo: 8 a 10 E.

Se debe colocar un punto por cada error en casos de: nivel educativo bajo se admite un error más, en nivel educativo alto se admite un error menos.

Hay que recordar que todas las respuestas, para ser consideradas correctas, deben ser contestadas por el sujeto sin mirar un calendario, periódico u otro que le facilite la respuesta correcta. (45)

Tabla 2 Preguntas de Encuesta de valoración de Pfeiffer

Preguntas	Correcta	Incorrecta
1.- ¿Cuál es la fecha de hoy? d/m/a		
2.- ¿Qué día de la semana?		
3.- ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)		
4.- ¿Cuál es su # de teléfono? Si no tiene, ¿cuál es su dirección completa?		
5.- ¿Cuántos años tiene?		
6.- ¿Dónde nació?		
7.- ¿Cuál es el nombre del presidente del Ecuador?		
8.- ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Ecuador?		
9.- Dígame el primer apellido de su madre		
10.- Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)		
Errores totales		

Elaborado por la autora

En la tabla 3 y tabla 4 se expone la clasificación cognitiva de acuerdo a esta escala geriátrica:

Tabla 3 Clasificación cognitiva en pacientes evaluados de nivel educativo alto.

Contestaciones incorrectas	Clasificación cognitiva
0 – 2	Funciones intelectuales intactas
3 – 4	Deterioro intelectual leve
5 – 7	Deterioro intelectual moderado
8 – 10	Deterioro intelectual severo

Escala de Pfeiffer. Elaborado por la autora.

Tabla 4 Clasificación cognitiva en pacientes evaluados de nivel educativo bajo.

Contestaciones incorrectas	Clasificación cognitiva
0 – 3	Funciones intelectuales intactas
4 – 5	Deterioro intelectual leve
6 – 8	Deterioro intelectual moderado
9 – 10	Deterioro intelectual severo

Escala de Pfeiffer. Elaborado por la autora.

Escala abreviada de Yesavage

La escala de Yesavage permite realizar el tamizaje de depresión del adulto mayor. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1980 y constaba de 30 preguntas en formato si-no. En 1986 se desarrolló la versión abreviada de 15 preguntas, asignando que un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95 % dependiendo de la población estudiada. (46)

La escala asigna la siguiente puntuación:

- No depresión: 0 a 5 ítems.
- Depresión leve: 6 a 9 ítems.
- Depresión severa: mayor a 9 ítems.

A continuación, se presenta la tabla 5 donde se muestran las 15 preguntas de la versión abreviada de la encuesta. Las respuestas serán positivas o negativas y se señalan con un asterisco las preguntas relacionadas a la depresión.

Tabla 5 Escala de depresión geriátrica de Yesavage. (EDG)

1. ¿Está 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 de buen ánimo la mayor parte 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 usted quedarse en casa a hacer cosas nuevas?	Si	No*
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	*Si	No
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	*Si	No
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No*
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si	No*
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	*Si	No
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	*Si	No

Sugiere depresión para 15 EDG un puntaje ≥ 5 ; para 5 EDG, un puntaje ≥ 2

Elaborado por la autora

Valoración socio familiar de Gijón

Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. Cada área consta de 5 ítems y se califica de la siguiente manera: (47)

- Buena/aceptable situación social: 5 a 9 puntos.
- Existe riesgo social: 10 a 14 puntos.
- Existe problema social: > 15 puntos.

Tabla 6 Escala de Valoración geriátrica sociofamiliar de Gijón.

<p>A- SITUACIÓN FAMILIAR 1. Vive con familia, sin conflicto familiar 2. Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica. 3. Vive con cónyuge de similar edad. 4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima. 5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero).</p>	<p>1 - 5</p>
<p>B- SITUACION ECONOMICA*: 1. Dos Veces el Salario mínimo vital. 2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales. 3. Un Salario mínimo vital. 4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital). 5. Sin pensión, sin otros ingresos.</p>	<p>1 - 5</p>
<p>C- VIVIENDA: 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas). 3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto). 4. Vivienda semi construida o de material rústico. 5. Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda.</p>	<p>1 - 5</p>
<p>D - RELACIONES SOCIALES: 1. Mantiene relaciones sociales en la comunidad. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social solo con la familia. 4. No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia. 5. No sale del domicilio y no recibe visitas.</p>	<p>1 - 5</p>
<p>E- APOYOS DE LA RED SOCIAL: 1. No necesita apoyo. 2. Requiere apoyo familiar o vecinal. 3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social. 4. No cuenta con Seguro Social. 5. Situación de abandono familiar.</p>	<p>1 - 5</p>
<p>TOTAL</p>	<p>0</p>
<p>Diagnóstico social:</p>	

Elaborado por la autora.

5.6.2 Determinación de vulnerabilidad

Una vez que se obtuvieron los valores de las variables de estudio de acuerdo a los métodos empleados; encuesta, escalas de valoración empleadas para la determinación de la vulnerabilidad del adulto mayor, objeto de investigación, más los datos sociodemográficos recolectados y con base en las referencias bibliográficas de estudios de investigación (4) y luego del análisis estadístico, para la determinación de la vulnerabilidad se realizó una valoración para cada instrumento, en el cual se dió la puntuación de acuerdo con cada una de sus condiciones en las escalas geriátricas de 0 a 2 puntos de la siguiente manera:

Tabla 7 Tabla de valoración de grados de vulnerabilidad del adulto mayor

Escalas geriátricas	Variable	Puntuación
Funcionalidad (Índice de Katz)	Independiente	0
	Dependiente parcial	1
	Dependiente total	2
Deterioro cognitivo (Escala Pfeiffer)	Sin deterioro cognitivo	0
	DC leve a moderado	1
	DC severo	2
Depresión (Escala Yesavage)	No depression	0
	Depresión leve	1
	Depresión severa	2
Situación socioeconómica (Valoración Gijón)	Situación buena-aceptable	0
	Riesgo social	1
	Problema social	2

Para la determinación de los grados de vulnerabilidad se diseñó una calificación propuesta por la autora que clasificó a cada paciente de 0 a 8 puntos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Tabla 8 Grados de vulnerabilidad del adulto mayor.

Grados de vulnerabilidad	Puntuación
Sin vulnerabilidad	0
Vulnerabilidad baja	1 a 3
Vulnerabilidad media	4 a 6
Vulnerabilidad alta	7 a 8

5.7 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información se encuentran reflejadas en la tabla 9.

Tabla 9 Técnicas de recolección de información.

Variable	Tipo de técnica
Sexo	Encuesta casa por casa de los adultos mayores de un sector de Sauces 3.
Edad	
Ocupación	
Estado civil	
Escolaridad	
Ingreso económico	
Funcionalidad del adulto mayor	Psicometría (Aplicación del Índice de Katz)
Estado cognitivo	Psicometría (Aplicación del Cuestionario de Pfeiffer)
Depresión	Psicometría (Aplicación de Escala abreviada de Yesavage)
Valoración socio familiar	Psicometría (Valoración sociofamiliar de Gijón)
Grado de vulnerabilidad del adulto mayor	Clasificación propuesta de la autora

5.8 Técnicas de análisis estadístico

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos de investigación se registró en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2016, utilizando las columnas para las variables y filas para cada una de las unidades de estudio. El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 2019. Se utilizaron números absolutos y porcentajes para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentó en forma de tablas.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Tabla 10 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Objetivo específico 1: Caracterizar la población de estudio, según variables sociodemográficas.			
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Edad	Edad (grupos quinquenales)	65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 y más.	Cuantitativa discreta
Ocupación	Ocupación	Empleado público Empleado privado Cuenta propia Ama de casa Jubilado/a Otra	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado civil (situación actual relacionado con la pareja)	Unión libre Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a Viudo/a	Cualitativa nominal

Escolaridad	Escolaridad (según niveles terminados)	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria Bachillerato Universitaria Postgrado	Cualitativa ordinal
Ingreso económico	Ingreso económico total familiar	Adecuado (84,49 USD) Pobreza (84,48 a 47,62 USD) Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	Cuantitativa Continua
Objetivo específico 2: Identificar los factores psicosociales que provocan vulnerabilidad en la población de estudio.			
Funcionalidad del adulto mayor (ABVD)	Funcionalidad de actividades diarias básicas del adulto mayor (Índice de Katz)	Independiente Dependiente parcial Dependiente total	Cualitativa ordinal
Estado cognitivo del adulto mayor	Estado cognitivo del adulto mayor (Cuestionario de Pfeiffer)	No deterioro cognitivo Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo	Cualitativa ordinal
Estado afectivo del adulto mayor	Tamizaje de depresión del adulto mayor (Escala abreviada de Yesavage)	No depresión Depresión leve Depresión severa	Cualitativa ordinal
		Vive con familia, sin conflicto familiar	

Valoración socio familiar	Situación familiar	<p>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</p> <p>Vive con cónyuge de similar edad</p> <p>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</p> <p>Vive solo y carece de hijos o viven lejos</p>	Cualitativa ordinal
Valoración socio familiar	Situación económica	<p>Dos Veces el Salario mínimo vital</p> <p>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</p> <p>Un Salario mínimo vital</p> <p>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</p> <p>Sin pensión, sin otros ingresos</p>	Cualitativa ordinal
Valoración socio familiar	Vivienda	<p>Adecuada a las necesidades</p> <p>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)</p> <p>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)</p> <p>Vivienda semi construida o de material rústico</p>	Cualitativa ordinal

		Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	
Valoración socio familiar	Relaciones sociales	Mantiene relaciones sociales en la comunidad Relación social sólo con familia y vecinos Relación social solo con la familia No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia No sale del domicilio y no recibe visitas	Cualitativa ordinal
Valoración socio familiar	Apoyo de la red social	No necesita apoyo Requiere apoyo familiar o vecinal Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social No cuenta con Seguro Social Situación de abandono familiar	Cualitativa ordinal
Valoración socio familiar	Valoración socio familiar de Gijón	Buena/aceptable situación social Existe riesgo social Existe problema social	Cualitativa ordinal
Objetivo específico 3: Clasificar el grado de vulnerabilidad de la población en estudio, según la presencia de los factores de riesgo psicosociales.			
Vulnerabilidad	Grado de vulnerabilidad del adulto mayor	Sin vulnerabilidad Vulnerabilidad baja Vulnerabilidad media Vulnerabilidad alta	Cualitativa ordinal

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de las variables pone de manifiesto los resultados que se expresan en las tablas siguientes y que se determinaron a partir de la entrevista que se realizó a todos los participantes de la encuesta.

**Tabla 11 Distribución de la población según el sexo y edad.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.**

Edad	M	F	Nº	Total %
65-69	17	25	42	42,0%
70-74	10	18	28	28,0%
75-79	5	9	14	14,0%
80-84	3	5	8	8,0%
85 y más	7	1	8	8,0%
Total	42	58	100	100%

Fuente: Elaborado por la autora.

- Cuéllar ÁJ, Guerra MV, Bravo AT, Coronados VY. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. 2018.
- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. 2017.
- Méndez Ramírez, Elizabeth Alexandra. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. 2018.

Análisis e interpretación: Se puede evidenciar en la tabla once la distribución de la población por sexo y edad, cabe resaltar que la mayoría son del sexo femenino con el 58 % y 42 % del sexo masculino; además el grupo etario de mayor magnitud es el comprendido entre las edades de 65 a 69 años siendo el 42 % de la población en estudio, siguiendo el grupo de 70 a 74 años con el 28 %.

Un estudio realizado por Cuéllar, Guerra, Bravo, Coronados en Cuba-La Habana del año 2018; como resultados predominó el sexo femenino con el 54,8 %; y el grupo etáreo de 60 - 69 años de edad con el 48,4 %. Así mismo el estudio de Ibarra, Giménez del año 2017 determinó como mayoría el sexo femenino con el 61,7 % ante el 38,3 % de sexo masculino y el grupo etáreo de 75-79 años. Otro estudio de Méndez Ramírez en Chile del año 2018 registró que el sexo femenino predomina con el 82 % y un grupo de edad avanzado de 80 y más años con el 92 %.

**Tabla 12 Distribución de la población según ocupación.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.**

Ocupación	Nº	Total %
Ama de casa	31	31,0%
Jubilado/a	26	26,0%
Cuenta propia	25	25,0%
Otra	15	15,0%
Empleado público	2	2,0%
Empleado privado	1	1,0%
Total	100	100%

Fuente: Elaborado por la autora.

- Maria do Rosário de Jesus Martins; Guijo Blanco. Evaluación funcional en la vejez. 2012.
- Doris Cardona, Ángela Segura, Alejandra Segura, Diana Muñoz, Daniel Jaramillo, Douglas Lizcano, Maite Catalina Agudelo, Catalina Arango, Santiago Morales. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. 2018.
- Diego Fernando Calderón Masón. Factores sociales, familiares y dependencia asociadas con la depresión en el adulto mayor. 2018.

Análisis e interpretación: Se puede evidenciar en cuanto a la ocupación, las amas de casa ocupan el 31 % y los pacientes jubilados o retirados de actividad laboral son el 26 % de este grupo, otro 25 % de los encuestados todavía labora por cuenta propia. En minoría se encuentran los empleados públicos con 2 % y empleados privados con el 1 %.

Como estudios comparativos está el de Jesús Martins y Guijo en Portugal con respecto a la ocupación registró que el 32,7 % de los encuestados se dedicaban al cuidado del hogar, seguidos del 28,6 % que realizan otras actividades, en tanto un estudio de Cardona, Segura y Muñoz de Colombia registró que el 64,3 % se dedican al cuidado del hogar y el 4,1 % a otras actividades; mientras que un estudio por Calderón Masón de Ecuador en la ciudad de Quito reportó que los jubilados corresponden en su mayoría con el 84,4 %, siendo personas afiliadas al Seguro Social y solo un 7,4 % continúan laborando.

**Tabla 13 Distribución de la población según estado civil.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.**

Estado civil	Nº	Total %
Casado/a	51	51,0%
Viudo/a	28	28,0%
Soltero/a	7	7,0%
Separado/a	5	5,0%
Unión libre	5	5,0%
Divorciado/a	4	4,0%
Total	100	100,0%

Fuente: Elaborado por la autora.

- Maria do Rosário de Jesus Martins; Guijo Blanco. Evaluación funcional en la vejez. 2012.
- Doris Cardona, Ángela Segura, Alejandra Segura, Diana Muñoz, Daniel Jaramillo, Douglas Lizcano, Maite Catalina Agudelo, Catalina Arango, Santiago Morales. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. 2018.
- Diego Fernando Calderón Masón. Factores sociales, familiares y dependencia asociadas con la depresión en el adulto mayor. 2018.

Análisis e interpretación: Se puede evidenciar con respecto al estado civil predomina el de casados con el 51 % de los casos y viudos el 28 %, los demás se encuentran solteros, unidos o divorciados.

El estudio de Jesús Martins y Guijo en Portugal con respecto al estado civil registró que el 69,5 % eran casados y un 20,4 % viudos; un estudio de Cardona, Segura y Muñoz de Colombia registró predominio de las personas casadas con 38,2 %, seguidas de las viudas con el 25,7 %, solteras con el 18,7 %, las separadas o divorciadas con el 8,7 %, y aquellas en unión libre con 8,7 %; mientras que un estudio por Calderón Masón de Ecuador en la ciudad de Quito reportó que los casados correspondían en su mayoría con el 64,4 %, seguidos de los viudos con el 14,4 %.

**Tabla 14 Distribución de la población según escolaridad.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.**

Escolaridad	Nº	Total %
Ninguna (analfabetismo)	2	2,0%
Primaria sin terminar	10	10,0%
Primaria terminada	21	21,0%
Secundaria	16	16,0%
Bachillerato	27	27,0%
Universitaria	24	24,0%
Total	100	100,0%

Fuente: Elaborado por la autora.

- Maria do Rosário de Jesus Martins; Guijo Blanco. Evaluación funcional en la vejez. 2012.
- Méndez Ramírez, Elizabeth Alexandra. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. 2018.
- Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. 2015.

Análisis e interpretación: Se puede evidenciar en la tabla 14 de la escolaridad que predominó el bachillerato con el 27 %, seguido de un alto porcentaje de los educados en la universidad, reportando el 24 %, seguido de primaria terminada con el 21 % y estudios secundarios con 16 %. El analfabetismo es muy bajo, apenas del 2 % y los estudios primarios alcanzan el 10 %.

El estudio de Jesús Martins y Guijo en Portugal con respecto al nivel de escolaridad registró que la mayoría habían realizado la primaria con 63,3 %, seguidos de un 18,4 % que eran analfabetos y de un 12,2 % con secundaria. Mientras que el estudio de Méndez y Ramírez del año 2018 registró que la mayoría de los encuestados presentaron baja escolaridad con el 92 %. Otro estudio realizado en la ciudad de Colombia por Salazar, Reyes, Plata determinó la baja escolaridad en el 43 % de los adultos mayores.

**Tabla 15 Distribución de la población según ingreso económico.
Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.**

Ingreso económico	Nº	Total %
Adecuado	58	58,0%
Pobreza	35	35,0%
Pobreza extrema	7	7,0%
Total	100	100,0%

Fuente: Elaborado por la autora.

- Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. 2015.
- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. 2017.
- María Pilar Molés Julio , Aurora Esteve Clavero, María Vicenta Lucas Miralles, Ana Folch Ayora. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. 2019.

Análisis e interpretación: La tabla 15 demuestra la percepción de los encuestados en cuanto a su situación económica que no es la misma que describen al momento de preguntarles acerca de sus verdaderos ingresos y que se verá más adelante. El 58 % de los encuestados percibe un nivel de ingreso adecuado para subsistir, mientras que el 35 % percibe que se encuentra en la pobreza y un 7 % se considera en la pobreza extrema.

Un estudio realizado en la ciudad de Colombia por Salazar, Reyes, Plata determinó que el 22 % de los adultos mayores eran dependientes de sus familiares económicamente; en tanto un estudio por Ibarra y Giménez en Paraguay, respecto a la situación económica registró que el 40,43 % reciben ingresos irregulares y el 42,55 % no reciben pensión alguna; mientras que un estudio por Moles, Clavero, Luca en Murcia del año 2019 registró que los adultos mayores que perciben menos ingresos corresponden al 41,5 %, siendo el sexo femenino predominante en este grupo.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la aplicación del instrumento denominado Índice de Katz que determina la habilidad de la persona para realizar sus tareas diarias siendo independiente, parcialmente o dependiente de ayuda diaria.

Tabla 16 Distribución de la población según valoración funcional.

Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Valoración funcional	Nº	Total %
Independiente	83	83%
Independiente parcial	13	13%
Dependiente total	4	4%
Total	100	100%

- Cuéllar ÁJ, Guerra MV, Bravo AT, Coronados VY. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. 2018.
- Maria do Rosário de Jesus Martins; Guijo Blanco. Evaluación funcional en la vejez. 2012.
- Diego Fernando Calderón Masón. Factores sociales, familiares y dependencia asociadas con la depresión en el adulto mayor. 2018.

Análisis e interpretación: De acuerdo con esta tabla las personas independientes son el 83 %, independientes parcial el 13 % y dependientes total el 4 %.

Con respecto a otros estudios acerca de la funcionalidad de los adultos mayores independientes, un estudio realizado por Cuellar, Guerra, Bravo en Cuba en el año 2018 reportó que el 54,84 % de adultos mayores son funcionalmente independientes, mientras que un estudio en Portugal por De Jesus y Guijo registró la valoración de funcionalidad con el 89,5 % en los hombres y el 66,7 % en las mujeres capaces de realizar sin problemas todas las actividades de la vida diaria ; y un estudio en Ecuador en la ciudad de Quito en el año 2018 por Calderón los supera con el 95 % de funcionalidad independiente y 5 % dependientes.

En la siguiente tabla se revisará el resultado de la valoración por el instrumento de Pfeiffer que determina el estado cognitivo de los pacientes.

Tabla 17 Distribución de la población según valoración del estado cognitivo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Valoración estado cognitivo	Nº	Total %
No deterioro	90	90%
Deterioro leve a moderado	8	8%
Deterioro Severo	2	2%
Total	100	100%

- Méndez Ramírez, Elizabeth Alexandra. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. 2018.
- Katherine del Consuelo Camargo-Hernández, Elveny Laguado-Jaimes. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares de Bucaramanga. 2017.
- José Livia Segovia, Vilma Zegarra, Jeanette Vásquez, Mafalda Ortíz, Obdulia Camacho, Daniel Herrera, María Flores. Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. 2017.

Análisis e interpretación: Es de anotar que este cuestionario en realidad consta de cuatro niveles de valoración, sin embargo, para fines de determinación y clasificación de la vulnerabilidad se sumó los pacientes con leve y moderado deterioro puesto que no eran muchos, apenas el 8 % y se encontraban 5 % leves y 3 % con moderado deterioro.

De acuerdo con el análisis de los resultados de la aplicación de este cuestionario se observa que no presentan deterioro cognitivo el 90 %, con deterioro leve a moderado el 8 % y deterioro severo el 2 %.

Con respecto a otros estudios acerca del deterioro cognitivo en adultos mayores, un estudio por Méndez en Chile del año 2018 registró lo contrario siendo el sexo femenino predominante con el 82 % de deterioro cognitivo leve, mientras que en Colombia un estudio por Camargo y Laguado del 2017 predominó el sexo masculino, determinando que el 41,7 % presentaron deterioro cognitivo grave, sin deterioro 33,3 % y con deterioro el 23,3 % del total de la población de estudio; y en Perú un estudio de Segovia, Zegarra del año 2017 registró un deterioro cognitivo de 6,2 % con mayor predominio en el sexo femenino.

A continuación, en la tabla 18 se expresan los resultados de la evaluación de la Valoración de Yesavage.

Tabla 18 Distribución de la población según valoración del estado afectivo. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Valoración estado afectivo	Nº	Total %
No Depresivo	64	64%
Depresión leve	35	35%
Depresión severa	1	1%
Total	100	100%

- Haydeé Mabel Llanes Torres, Yeleinis López Sepúlveda, Jorge Luis Vázquez Aguilar, Raúl Hernández Pérez. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. 2015.
- Cuéllar ÁJ, Guerra MV, Bravo AT, Coronados VY. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. 2018.
- María Pilar Molés Julio , Aurora Esteve Clavero, María Vicenta Lucas Miralles, Ana Folch Ayora. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana de Murcia. 2019.

Análisis e interpretación: De acuerdo con el cuestionario para la valoración de Yesavage, se determina que el 64 % no sufre de depresión, el 35 % tiene depresión leve y apenas el 1 % tiene depresión severa.

Comparando con otros estudios acerca de la depresión en adultos mayores en Cuba también predominó el sexo femenino; un estudio de Llanes, López en la Habana en el año 2015 predominó el sexo femenino con 64,38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia y en la ciudad de Santa Clara en el año 2018 predominó el sexo femenino con 54,8 %; siendo el grupo de 60-69 años el de mayor incidencia con el 48,4 % de depresión establecida, mientras que un estudio de Molés, Clavero en la ciudad de Murcia-España en el año 2019 sus resultados establecieron la prevalencia de síntomas depresivos es elevada, siendo las mujeres las que presentan en mayor proporción con el 40,1 %.

Con el fin de contar con una base socio económica y familiar para poder desarrollar de mejor manera la encuesta de Gijón en la que analiza o valora el aspecto familiar, económico, la vivienda, las relaciones sociales y el apoyo de la red social, se han elaborado las siguientes tablas:

Tabla 19 Distribución de la población según la situación familiar de los adultos mayores encuestados. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Situación Familiar	Nº	Total
Vive con familia, sin conflicto familiar	63	63,0%
Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	11	11,0%
Vive con cónyuge de similar edad	16	16,0%
Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	4,0%
Vive solo y carece de hijos o viven lejos	6	6,0%
Total	100	100,0%

- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. Medicina de Familia. 2017.
- Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). 2012.

- Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Docente Ambato. 2021.

Análisis e interpretación: En cuanto a la situación familiar, el 63 % de los encuestados vive con su familia sin conflicto familiar, el 16 % corresponde a las personas que viven con su cónyuge de similar edad, 11 % vive con familia y presenta algún grado de dependencia física o psíquica, 6 % viven solos y carecen de hijos o viven lejos y sólo el 4 % de los encuestados viven solos, pero tienen hijos que viven cerca.

Como estudio comparativo con respecto a la situación familiar en Paraguay un estudio de Ibarra, Giménez del año 2017 reportó que 52 % viven con su familia y el 27,66 % presentan algún grado de dependencia; mientras que un estudio de Villareal, Month en Colombia en la ciudad de Sincelejo con respecto a la situación familiar, más frecuente es la de adultos mayores que viven con familiares y sin conflicto en un 32,4 % y viven con cónyuge de similar edad el 25 %; y en Ecuador en la ciudad de Ambato, la autora Pérez Lara determinó que el 40 % de la población vive con su familia y sin conflicto, el 20 % vive con familia y presenta dependencia física, el 32 % vive con cónyuge de similar edad, el 3 % viven solos aún teniendo hijos con vivienda próxima y el 4 % viven solos y carecen de hijos o viven lejos.

Tabla 20 Distribución de la población según la situación económica de los adultos mayores encuestados.

Consultorio 1. Centro de salud Saucos 3. Año 2021.

Situación Económica	Nº	Total
Dos Veces el Salario mínimo vital	11	11,0%
Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	18	18,0%
Un Salario mínimo vital	35	35,0%
Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	27	27,0%
Sin pensión, sin otros ingresos	9	9,0%
Total	100	100,0%

- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. Medicina de Familia. 2017.
- Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). 2012.
- Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Docente Ambato. 2021.

Análisis e interpretación: La tabla 20 establece la situación económica que refleja el nivel de ingresos de los encuestados, revelando que el 35 % recibe un salario mínimo vital que en nuestro país al 2021 es de \$ 400,00, siguiendo el 27 % de la muestra que recibe un ingreso irregular inferior al mínimo vital, mientras que el 18 % de los encuestados recibe un ingreso superior al mínimo vital pero no llega a recibir el doble del SBU, en comparación con el 11 % que sí recibe el doble del salario básico vital. Sólo el 9 % de los encuestados no recibe pensión y no tiene ingreso alguno.

Podría considerarse un riesgo social el nivel de ingresos bajos de este sector de la población ya que el 71 % de los encuestados se encuentran viviendo con un ingreso inferior al costo de una canasta básica que es de \$ 711,80 actualmente en nuestro país, pero también habría que considerar que muchos de ellos ya no mantienen una familia y en muchos casos viven en parejas donde ambos reciben una pensión la que sería exclusivamente para sus gastos.

Un estudio basado a la situación económica del adulto mayor en Paraguay de Ibarra, Giménez año 2017, reportó que el 40,43 % reciben ingresos irregulares y el 42,55 % no reciben pensión alguna; mientras que un estudio de Villarreal, Month en Colombia en la ciudad de Sincelejo con respecto a la situación económica se registró que el 47,7 % no recibe pensión ni otros ingresos y el 37 % con ingreso irregular; y en Ecuador en la ciudad de Ambato, la autora Pérez Lara registró que el 42 % recibe pensión no contributiva, el 40 % no tiene ingresos o es inferior el salario mínimo, el 13 % recibe desde el salario mínimo hasta pensión mínima; en su minoría con el 3 % recibe desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente; evidenciando con el 2 % con ingreso irregular.

Tabla 21 Distribución de la población según la vivienda de los adultos mayores encuestados. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Vivienda	Nº	Total
Adecuada a las necesidades	73	73,0%
Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	17	17,0%
Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	10	10,0%
Total	100	100,0%

- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. Medicina de Familia. 2017.
- Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). 2012.
- Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Docente Ambato. 2021.

Análisis e interpretación: Se puede evidenciar que en la tabla 21, la vivienda de los encuestados que habitan en la ciudadela Sauces 3, lugar donde se encuentra el centro de salud Sauces 3, la mayoría está adecuada a las necesidades con el 73 %, necesidades como los servicios públicos, infraestructura, etc. Le sigue con el 17 % las viviendas con barreras arquitectónicas como pisos irregulares, gradas, puertas estrechas, baños poco adecuados para el uso de personas mayores o de la tercera edad. Apenas el 10 % de los encuestados habitan en viviendas inadecuadas constituyendo un riesgo para su salud.

Un estudio con respecto a la vivienda del adulto mayor en Paraguay de Ibarra, Giménez del año 2017, reportó que el 36,17 % corresponde a 34 mayores que presentan barreras arquitectónicas en su hogar y 5 mayores se encuentran sin vivienda, que son el 5,32 %; en Colombia en la ciudad de Sincelejo un estudio de Villareal, Month registró que viven en viviendas inadecuadas un 32,4 %, con equipamiento inadecuado un 17,8 %, y el 17,1 % de las viviendas constan de barreras arquitectónicas; mientras que en Ecuador en la ciudad de Ambato según Pérez Lara se registró que el 43 % reside en vivienda adecuada a las necesidades, el 39 % cuenta con vivienda en malas condiciones de humedad, mala higiene y equipamiento inadecuado, y el 5 % viviendas con barreras arquitectónicas.

Tabla 22 Distribución de la población según las relaciones sociales y apoyo social de los adultos mayores encuestados. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Relaciones sociales	Nº	Total	Apoyo social	Nº	Total
Mantiene relaciones sociales en la comunidad	68	68,0%	No necesita apoyo	19	19,0%
Relación social sólo con familia y vecinos	16	16,0%	Requiere apoyo familiar o vecinal	10	10,0%
Relación social solo con la familia	12	12,0%	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social	11	11,0%
No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia	2	2,0%	No cuenta con Seguro Social	59	59,0%
No sale del domicilio y no recibe visitas	2	2,0%	Situación de abandono familiar	1	1,0%
Total	100	100,0%	Total	100	100,0%

- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. Medicina de Familia. 2017.

- Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). 2012.
- Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Docente Ambato. 2021.

Análisis e interpretación. Las relaciones sociales y el apoyo social en este grupo etario a partir de los 65 años son muy importantes para solventar situaciones de conflictos familiares, soledad, depresión deterioro cognitivo e incluso la pobreza. En la tabla 22 se muestran los resultados obtenidos a partir de la encuesta que se realizó a los pacientes del consultorio uno del centro de salud Sauces 3. Estos datos revelan que: el 68 % mantiene relaciones con la comunidad demostrando un buen nivel de cooperación con los vecinos. El 16 % solo se relaciona con familia y vecinos lo que los hace un poco retraídos con respecto a lo que pasa en la comunidad y el resto de encuestados, el 16 % prácticamente no mantiene relaciones sociales con la comunidad o esta es muy escasa, sólo dos casos permanecen aislados ya que no reciben visita de familiares ni siquiera sale del domicilio.

En cuanto al apoyo social, el 19 % dice no necesitar apoyo ya que cuenta con todos los beneficios sociales y ayuda de familiares. Requieren apoyo familiar el 10 % y el 11% expresa que si bien reciben la pensión del seguro social necesitan un mayor apoyo o voluntariado social. Algo que es muy preocupante es el hecho de que el 59 % de los encuestados no cuenta con seguro social, lo que los hace estar en riesgo. Sólo uno de los encuestados se encuentra en situación de abandono y corresponde al 1 % de los encuestados.

Un estudio con respecto a las relaciones sociales del adulto mayor en Paraguay del año 2017 por Ibarra, Giménez, Barrios, reportó que el 47,87 % mantiene relaciones sociales con la comunidad, el 58,51 % no cuentan con seguro social y el 5,32 % se encuentran en situación de abandono familiar; en Colombia en la ciudad de Sincelejo según Villareal, Month el 44 % tiene seguro social, pero necesita mayor apoyo social institucional; el 17 % requiere de apoyo institucional, aunque tiene seguridad social; el 21,8 % no cuenta con seguridad social y el 8 % se encuentra en situación de abandono familiar.

En Ecuador en la ciudad de Ambato según Pérez Lara se registró con respecto a las relaciones sociales, que el 26 % tienen relación social sólo con familia y vecinos, el 24 % tiene relación social sólo con familia o vecinos, el 23 % no sale de su domicilio, pero recibe visitas de familia y el 1 % no sale de su domicilio y no recibe visitas. De acuerdo al apoyo de red social se encuentran apoyados por un familiar o un vecino el 68 %, el 17 % bajo apoyo permanente y un 14 % no tiene apoyo de ninguna persona o institución.

Una vez que se han llevado a cabo la encuesta socio económica y social se desarrolla la evaluación de Gijón en la que se analiza si la condición social es buena, si existe un riesgo social dado por ingresos económicos, vivienda, seguro social, etc. y por último determina si ya existe un problema social que sería la acumulación de todos los riesgos en la persona evaluada.

Tabla 23 Distribución de la población según la valoración socio económica y familiar. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3.

Año 2021.

Valoración socio familiar	Nº	Total %
Buena/aceptable	30	30%
Existe riesgo social	60	60%
Problema social	10	10%
Total	100	100%

- M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. Medicina de Familia. 2017.
- Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). 2012.
- Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Ambato. 2021.

Análisis e interpretación: Los resultados de la tabla 21 determinan que tienen buena relación social el 30 %, riesgo social el 60 % y problema social el 10 %.

Un estudio basado en la valoración socio familiar del adulto mayor en Paraguay del año 2017 por Ibarra, Giménez, Barrios registró que el 6,38 % tienen una buena/aceptable situación social; el 34,04 % presentan riesgo social; y el 59,57 %, tienen problema social; un estudio en Colombia en la ciudad de Sincelejo por Villareal, Month se registró con relación a la situación sociofamiliar, que el 40,4 % de los adultos mayores están en riesgo social; un 27,3 % tiene problema sociales y solo el 32, 3% tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable; mientras que en Ecuador en la ciudad de Ambato según Pérez Lara se registró que el 15 % de la población presentó riesgo social bajo, el 52 % riesgo social intermedio y el 33 % riesgo social elevado.

Tabla 24 Resultados de acuerdo a los criterios de evaluación de población de estudio. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Índice de Katz		Evaluación de Pfeiffer		Evaluación Yesavage		Evaluación Gijón	
Condición	%	Condición	%	Condición	%	Condición	%
Independiente	83	No deterioro cognitivo	90	No depresión	64	Situación buena-aceptable	30
Dependiente Parcial	13	DC Leve a moderado	8	Depresión leve	35	Riesgo social	60
Dependiente total	4	DC Severo	2	Depresión Severa	1	Problema social	10
Total	100		100		100		100

Análisis e interpretación: Los resultados finales se expresan en cantidad de pacientes evaluados de acuerdo a las condiciones de cada instrumento de valoración. De acuerdo con la valoración de funcionalidad se determinó que el 83 % son independientes, de acuerdo a la valoración cognitiva el 90 % no presentan deterioro, según la valoración del estado afectivo el 64 % no presentan depresión y por condición socioeconómica el 60 % presenta riesgo social.

Tabla 25 Distribución de los adultos mayores según grado de vulnerabilidad. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Grado de vulnerabilidad	Nº	Total %
Sin vulnerabilidad	30	30%
Vulnerabilidad baja	60	60%
Vulnerabilidad media	9	9%
Vulnerabilidad alta	1	1%
Total	100	100%

Análisis e interpretación: La tabla determinó el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores con el 30 % no vulnerables, eel 60 % con vulnerabilidad baja, el 9 % con vulnerabilidad media y apenas el 1 % con vulnerabilidad alta. No existen estudios que determinen grado de vulnerabilidad.

Tabla 26 Prevalencia de la vulnerabilidad de los adultos mayores. Consultorio 1. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Condición	Nº	%
Sin vulnerabilidad	30	30%
Con vulnerabilidad	70	70%

- Doris Cardona, Ángela Segura, Alejandra Segura, Diana Muñoz, Daniel Jaramillo, Douglas Lizcano, Maite Catalina Agudelo, Catalina Arango, Santiago Morales. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. 2018.

Análisis e interpretación: Se determinó que la prevalencia de la vulnerabilidad de los adultos mayores en estudio fué del 70 %, sin embargo, el 30 % no presentaron vulnerabilidad.

Un estudio que se realizó en Colombia en el año 2018 determinó el índice de vulnerabilidad en adultos mayores de tres ciudades Medellín, Barranquilla y Pasto reportando la presencia de vulnerabilidad en el 58,55 % de adultos mayores, siendo los factores de riesgo la ciudad de residencia, sexo, nivel de educación y el rol familiar. No existen estudios que determinen grado de vulnerabilidad.

7 CONCLUSIONES

Se determinó la necesidad de realizar la valoración de variables sociodemográficas y evaluación funcional, cognitiva, emocional y sociofamiliar del adulto mayor atendido en el consultorio uno de medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Saucés tres, ubicado en la ciudadela Saucés 3 al norte de la ciudad de Guayaquil durante el año 2021 en plena pandemia de la COVID 19, con el fin de determinar el grado de vulnerabilidad; la identificación de factores de riesgo psicosociales y realizar una clasificación de vulnerabilidad del grupo etario en estudio, los cuales son los objetivos de esta investigación.

En el estudio de las variables sociodemográficas predominó el sexo femenino, el grupo etáreo más frecuente fue el de 65-69 años, la ocupación ama de casa, estado civil casado, nivel de escolaridad bachillerato, ingreso económico bajo. Los principales riesgos psicosociales que provocan vulnerabilidad en el adulto mayor; serían la depresión leve a moderada presente en el grupo etáreo de 70-74 años y la situación económica derivada de los bajos ingresos que recibe este grupo de la población; de los encuestados, la mayoría cuenta con bajos ingresos económicos.

Igualmente se ha determinado que otro riesgo psicosocial que padece este grupo de la población es el escaso apoyo social tanto de las dependencias públicas como de la seguridad social e inclusive familiar y de la comunidad en general; la mayoría de los valorados requiere apoyo social ya que se encuentran en riesgo afectando su salud emocional y cognitiva sobre todo por permanecer hasta cierto punto aislados por las medidas de emergencia tomadas para contener el contagio de la COVID 19. Además, esta situación sanitaria ha contribuido a la depresión y soledad y disminución de ingresos de este grupo de la población. Adicionalmente, la discapacidad y la baja escolaridad son factores que coadyuvan a que este grupo etario se encuentre en condiciones de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad determinada se ha considerado baja en su mayoría debido a que los encuestados se encuentran en condiciones favorables respecto a sus condiciones de funcionalidad, aspectos cognitivos y psicológicos, no se encuentran acorde en el aspecto socio económico por su alto riesgo social, sobre todo en los grupos de mayor edad que pueden exponerlos a un deterioro más rápido de su salud. También se ha demostrado que, de los encuestados, las personas de sexo femenino son las que más padecen de depresión y riesgo social; ya sea porque se encuentran solas, tienen baja escolaridad y carecen de ingresos propios lo que las hace muy dependientes de su cónyuge, familiares o vecinos en el aspecto de salubridad, así como del social.

Un aspecto que no se ha mencionado mayormente es la movilidad de los adultos mayores ya que en condiciones normales no se movilizan al centro de salud, lo hacen sólo en caso de emergencia y ha empeorado la situación debido a la pandemia; por lo tanto, es el médico que debe acercarse hacia el domicilio de los pacientes para verificar el estado de salud en el que se encuentran, situación que no es muy común en nuestro país.

Una vez que se ha determinado la vulnerabilidad de los pacientes encuestados deberán tomarse las medidas correspondientes o desarrollar un plan de prevención que ayude a corregir las falencias del servicio médico y social público hacia este sector de la población ya que ni el MIES, ni el MSP han desarrollado planes de ayuda hacia este sector, lo único que se ha hecho es dar prioridad a la vacunación contra la COVID 19; pero no existe una constancia de que todos los adultos mayores de la ciudad se hayan inoculado la vacuna. Los resultados obtenidos pertenecen a un sector urbano de la ciudadela Saucos 3, motivo por el cual estos resultados no pueden tener un nivel de inferencia mayor al local.

8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Debido al comportamiento dinámico de los factores de riesgo en la población, la valoración de vulnerabilidad debe ser continua, se hace necesario realizar más estudios en esta línea y sub líneas de investigación para comprender a profundidad los fenómenos relacionados en el nivel de riesgo detectado con el fin de elaborar estrategias lo más cercanas a la realidad actual, con la finalidad de evitar o disminuir el riesgo de aparición de más factores psicosociales.

Se considera que esta investigación tiene un gran valor puesto que ha sido desarrollada con los pacientes que se encuentran en la comunidad de la ciudadela Saucos 3 de la ciudad de Guayaquil y como no existen datos socio económicos y familiares de este sector habitacional desde el último censo poblacional y de vivienda del 2010 contiene valiosa información que podría ayudar a desarrollar otros proyectos de investigación ya sea del ámbito salud como del social.

Las líneas de investigación a seguir podrían ser acerca de la vulnerabilidad del adulto mayor en un sector rural y la cuantificación de la vulnerabilidad de acuerdo a los sexos en una muestra a mayor escala determinando los factores de riesgo a los que se expone esta población. Es de acotar que durante la investigación no se suscitó ningún problema con los encuestados, pudiendo desarrollarse las encuestas y entrevistas de manera ágil y con total cooperación y consentimiento de los pacientes, lo que hace suponer que el trabajo puede extenderse a otras áreas de la urbanización sin que se presenten mayores inconvenientes.

Dado que se considera este trabajo de gran valor por su contenido social y médico familiar para el grupo etario de adultos mayores se espera desarrollar una estrategia que permita una evaluación funcional con el fin de detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano o adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social, elaborando, como ya se mencionó, planes de prevención e intervención con grupos multidisciplinarios con el fin de conseguir un mayor grado de independencia y salud plena de los adultos mayores.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de la y los adultos mayores. [Internet]; 2010. Citado 4 de febrero de 2020. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>.
2. Universidad de las Américas Puebla. El adulto mayor. [Internet] Citado 4 de febrero de 2020. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.
3. Organización Naciones Unidas-WPP. Envejecimiento de la población mundial. [Internet]; 2019. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf.
4. María Clara Yépez, Nancy guerrero. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Revista Universidad y Salud. 2014; 17(1).
5. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]; 2017. Citado 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
6. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]; 2020. Citado 4 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Ciudadanía activa y envejecimiento positivo. [Internet]; 2017. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>.

8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica del adulto mayor. [Internet]; 2008. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf.
9. Claudia Giacoman. Depresión y escolaridad en adultos mayores. Diálogos sobre educación. 2015; 1(2).
10. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades. [Internet] Citado 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
11. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. [Internet]; 2020. Citado 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
12. Haydeé Lláneez, Yeleinis López, Jorge Luis Vásquez, Raúl Hernández. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque. 2015; 21(1).
13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe. [Internet]; 2018. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe>.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]; 2015. Citado 4 de febrero de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.
15. Datos macro. La esperanza de vida se eleva en el Ecuador. [Internet]; 2018. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>.
16. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección Población Adulta Mayor. [Internet]; 2018. Citado 10 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.

17. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Programa de alfabetización incluye a adultos mayores atendidos por el MIES. [Internet]; 2019. Citado 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/programa-de-alfabetizacion-incluye-a-adultos-mayores-atendidos-por-el-mies/>.
18. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez. [Internet]; 2018. Citado 28 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>.
19. Alex Figueroba. Tipos de envejecimiento (primario, secundario y terciario). [Internet]; 2019. Citado 28 de julio de 2020. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-envejecimiento>.
20. Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]; 2019. Citado 28 de julio de 2020. Disponible en: OMS. Envejecimiento y ciclo de vida.
21. Rafael Araujo González. Vulnerabilidad y riesgo en salud. Revista novedades en población. 2015; 11(21).
22. Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. Revista Papeles de población. 2011; 17(69).
23. Carmen Bailón Muñiz, Cristina Bailón, Jessica Pilligua. Identificación de los factores de riesgo que influyen en los grandes síndromes geriátricos. [Internet]; 2012. Citado 4 de febrero de 2020. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/IDENTIFICACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20DE%20RIESGOS%20DE%20LOS%20GRANDES%20SINDROMES%20GERIATRICOS.pdf>.
24. Oscar H. Del Brutto, Robertino M. Mera, Mauricio Zambrano, Victor J. Del Brutto. Deterioro Cognitivo: Prevalencia y Correlatos en una Comunidad Rural Ecuatoriana. Revista ecuatoriana de Neurología. 2017; 26(2).
25. Dra. Olivia Martínez Hernández. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica. 2007; 29(5).

26. Oscar Castellero. Los 6 tipos de discapacidad y sus características. [Internet]; 2016. Citado 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-discapacidad>.
27. Haydeé Mabel Llanes Torres, Yeleinis López Sepúlveda, Jorge Luis Vázquez Aguilar, Raúl Hernández Pérez. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2015; 21(1).
28. Cuéllar ÁJ, Guerra MV, Bravo AT, Coronados VY. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2018; 10(2).
29. Doris Cardona, Ángela Segura, Alejandra Segura, Diana Muñoz, Daniel Jaramillo, Douglas Lizcano, Maite Catalina Agudelo, Catalina Arango, Santiago Morales. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Revista Biomédica*. 2018; 38(101).
30. M. Ibarra Garayoa, M. Giménez Reyesb, M. Barrios Galeanoc y D. Benítez Giménez. Valoración sociofamiliar del adulto mayor. *Medicina de Familia. Semergen.. Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2017; 43.
31. María Pilar Molés Julio , Aurora Esteve Clavero, María Vicenta Lucas Miralles, Ana Folch Ayora. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería global*. 2019; 18(55).
32. Maria do Rosário de Jesus Martins; Guijo Blanco. Evaluación funcional en la vejez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012; 3(1).
33. Méndez Ramírez, Elizabeth Alexandra. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. [Internet]; 2018. Citado 8 de mayo de 2021. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18321>.
34. Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta*

- neurológica Colombiana. 2015; 31(2).
35. Katherine del Consuelo Camargo-Hernández, Elveny Laguado-Jaimes. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*. 2017; 19(2).
 36. Jennifer Ardila, Francy Blanco, Leidy Carvajal, Ingrid Huérfano. Riesgo social y depresión en adultos mayores. [Internet]; 2018. Citado 24 de agosto de 2021. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7637/1/2018_Riesgo_Social_Depresión.pdf.
 37. Gloria Villarreal Amarís, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Universidad de Sucre, Facultad de Ciencias de la Salud*. 2012; 28(1).
 38. José Livia Segovia, Vilma Zegarra, Jeanette Vásquez, Mafalda Ortiz, Obdulía Camacho, Daniel Herrera, María Flores. 353 Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. *Cátedra Villareal Psicología*. 2017; 2(2).
 39. Diego Fernando Calderón Masón. Factores sociales, familiares y dependencia asociadas con la depresión en el adulto mayor. [Internet]; 2018. Citado 24 de agosto de 2020. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7338>.
 40. Pérez Lara María de los Ángeles. Valoración sociofamiliar en el adulto mayor atendido en el área de geriatría de la consulta externa del Hospital General Docente Ambato. [Internet]; 2018. Citado 2 de septiembre de 2021. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8902/1/PIUAMED_015-2018.pdf.
 41. Aquino Malavé Ulvio, García Borbor Leticia. Factores psicológicos asociados al abandono familiar en adultos mayores de la Comuna San Pedro. [Internet]; 2018. Citado 2 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4858/1/UPSE-TEN->

2019-0007.pdf.

42. Byron Patricio Infante Llugsa. Situación sociofamiliar y la calidad de vida del adulto mayor en el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Izamba. [Internet]; 2018. Citado 2 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28802/1/FJCS-TS-279.pdf>.
43. Presidencia de la República del Ecuador. Ley Orgánica de las personas adultas mayores. [Internet]; 2019. Citado 4 de febrero de 2021. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf.
44. Universidad Francisco de Vitoria- Madrid. Índice de Katz. [Internet] Citado 4 de febrero de 2021. Disponible en: https://www.editorialufv.es/wp-content/uploads/Tablas_libros_geriatria.pdf.
45. Psicoactiva. ¿Qué es la escala Pfeiffer de valoración geriátrica? [Internet]; Citado 2021. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/escala-pfeiffer-valoracion-geriatrica/>.
46. Trinidad Hoyl M, Eduardo Valenzuela A, Pedro Paulo Marín L. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica de Chile. 2000; 128(11).
47. Universidad de Alicante. La escala de valoración sociofamiliar.. En Alicante Ud, editor. La escala de valoración sociofamiliar. TSO. Fundamentos, descripción, validación e instrucciones de uso. Alicante; 2020. p. 82.

10.ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores del consultorio # 1 Medicina Familiar, Centro de salud Saucos 3. Año 2021.

Yo, _____, con C.I _____, he sido invitado/a a participar en la evaluación de atención integral de salud y socio familiar como paciente de la Dra. Tañana Jeannette Arguello Molina, Médico Postgradista de MFC en el Centro de salud Saucos 3, la cual será consentir mi valoración médica como parte del tema de investigación **Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio 1 de Medicina Familiar en el Centro de salud Saucos 3**; que se realiza mediante una visita familiar en mi domicilio; de manera gratuita sin costo alguno; lo cual he aceptado de manera libre y voluntaria, sin ser víctima de la coacción, manipulación o persuasión para mi participación.

He sido notificada y me han proporcionado la siguiente información:

- Naturaleza y objetivos de la participación.
- Molestias y riesgos de la participación.
- Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.
- No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
- En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no afectará su prestación de servicios de salud.
- La duración prevista de la participación será mediante una visita domiciliaria, en un tiempo aproximado de 30 minutos; con la posibilidad de que su participación pueda culminar antes del tiempo estipulado.
- Se facilitará al participante durante o después del estudio; datos relacionados con la salud, información y datos de utilidad clínica inmediata sobre algún problema de salud importante; si se da el caso, se revelarán los hallazgos que no hayan sido solicitados.
- El participante tiene derecho, previa solicitud, a consultar sus datos clínicamente relevantes obtenidos durante el estudio (a menos que el comité de ética de la investigación haya aprobado, de forma temporal o permanente, no revelar los datos, en cuyo caso se informará al participante de esa decisión y los motivos).
- Puede llamar a la médica evaluadora de la investigación si tiene alguna pregunta sobre el estudio, sobre sus derechos o como se utilizará y compartirá la información; la misma que se basará en el respeto a la privacidad del participante, así como a la confidencialidad de los registros.

- Al firmar este documento, está autorizando a usar y compartir su información médica para este estudio de investigación con el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; el mismo que ha aprobado el protocolo de investigación.

Se me ha proporcionado el nombre de la médica que me va a evaluar, quien puede ser fácilmente contactada usando el nombre y la dirección que me ha facilitado. He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de ella; se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por lo cual consiento voluntariamente participar en esta evaluación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento; sin que afecte de ninguna manera la prestación de servicios de salud en la unidad.

Nombre del participante:	
Cédula de Identidad:	
Domicilio del participante:	
Teléfono del participante:	
Firma del participante:	
Nombre del evaluador:	Dra. Tatiana Jeannette Arguello Molina.
Cédula de Identidad:	092283399-1
Dirección de la unidad de salud:	C.S Sauces 3, Ciudadela Sauces 3
Correo electrónico del evaluador:	tatedarvican1985@gmail.com
Teléfono del evaluador:	0987235814
Firma del evaluador:	
Fecha	

Ha sido proporcionada al participante una copia del consentimiento informado. TJAM.

Anexo 2 Cuestionario de información sociodemográfica y valoración integral del adulto mayor

“Cuestionario de información sociodemográfica y valoración integral del adulto mayor”

Fecha:

Sección A

Subraye la respuesta

Datos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

2. ¿Cuál es su edad?

- 65-69
- 70-74
- 75-79
- 80-84
- 85 y más

3. ¿Cuál es su ocupación?

- Empleado público
- Empleado privado
- Cuenta propia
- Ama de casa
- Jubilado
- Otros

4. ¿Cuál es su estado civil?

- Unión libre
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Soltero
- Viudo

5. ¿Qué instrucción educativa tiene?

- Ninguna (analfabetismo)
- Primaria sin terminar
- Primaria terminada

- Secundaria
- Bachiller
- Universidad
- Postgrado

6. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?

- Adecuado
(84,49 USD)
- Pobreza
(84,48 a 47,62 USD)
- Pobreza extrema
(menos de 47,62 USD)

Sección B: Valoración funcional, mental y socio familiar del adulto mayor

7. Funcionalidad de actividades diarias básicas del adulto mayor

Índice de Katz	Dependiente	Independiente
Lavarse		
Vestirse		
Uso del servicio higiénico		
Movilizarse		
Continencia		
Alimentarse		

Diagnóstico funcional

- Independiente: ningún ítem positivo de dependencia
- Dependiente parcial: de 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- Dependiente total: 6 ítems positivos de dependencia

8. Estado cognitivo del adulto mayor (Cuestionario de Pfeiffer)

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente del Ecuador?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Ecuador?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

Nota: Colocar un punto por cada error.

Nivel educativo bajo: se admite 1 error más, nivel educativo alto: se admite un error menos. (E= errores)

- No deterioro cognitivo: ≤ 2 E
- Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 E
- Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 E
- Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 E

9. Tamizaje de depresión del adulto mayor (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	
¿Siente que su vida está vacía?	
¿Se siente aburrido frecuentemente?	
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	
¿Se siente con frecuencia desamparado?	
¿Prefiere usted quedarse en casa a hacer cosas nuevas?	
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	
¿Se siente lleno de energía?	
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	
¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	

Nota: Colocar una marca (X), si corresponde.

- No depresión: 0 a 5
- Depresión leve: 6 a 9
- Depresión severa: mayor de 9

10. Valoración socio familiar de Gijón

Puntos	Situación familiar
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)

Puntos	Situación económica
1	Dos Veces el Salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un Salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos

Puntos	Vivienda
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)

Anexo 3 Escala de valoración de vulnerabilidad.

Escala de valoración de vulnerabilidad		Puntaje
Funcionabilidad (índice de Katz)	Independiente	0
	Dependiente parcial	1
	Dependiente total	2
Deterioro cognitivo (Pfeiffer)	No deterioro cognitivo	0
	DC leve a moderado	1
	DC severo	2
Depresión (Yesavage)	No depresión	0
	Depresión leve	1
	Depresión severa	2
Situación socioeconómica (Gijón)	Buena-aceptable	0
	Riesgo social	1
	Problema social	2
	Total	

Anexo 4 Clasificación de vulnerabilidad.

Clasificación de la vulnerabilidad	
Sin vulnerabilidad	0 puntos
Vulnerabilidad baja	1 a 3 puntos
Vulnerabilidad media	4 a 6 puntos
Vulnerabilidad alta	7 o más puntos

Anexo 5. Declaración y autorización

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Arguello Molina Tatiana Jeannette**, con C.C: # **0922833991** autora del trabajo de titulación: **Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio uno. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021.

f. _____

Nombre: **Arguello Molina Tatiana Jeannette**

C.C: **0922833991**



Anexo 6. Ficha de registro de tesis/trabajo de titulación.

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Determinación del grado de vulnerabilidad en adultos mayores. Consultorio uno. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021		
AUTOR(ES)	Tatiana Jeannette Arguello Molina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Eva Ramona Vélez Díaz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	81
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Medicina Interna.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Factores de riesgo, vulnerabilidad social, anciano.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El envejecimiento presenta cambios en sus condiciones físicas, funcionales, mentales y sanitarias; exponiendo a los adultos mayores a la vulnerabilidad. Métodos: Se realizó un estudio de nivel descriptivo, observacional, prospectivo, de prevalencia; con una población de 100 adultos mayores del consultorio uno del centro de salud Sauces 3, durante el año 2021. La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de encuestas y escalas de valoración geriátrica como: Índice de Katz, Cuestionario de Pfeiffer, Escala abreviada de Yesavage, valoración social de Gijón y para la determinación de los grados de vulnerabilidad se diseñó una calificación propuesta por la autora que clasificó a cada paciente con los siguientes criterios: sin vulnerabilidad, vulnerabilidad baja, vulnerabilidad media y vulnerabilidad alta. Resultados: El 30 % no presenta vulnerabilidad, el 60 % presenta vulnerabilidad baja, el 9 % vulnerabilidad media y el 1 % vulnerabilidad alta. Se determinó como factor de riesgo psicosocial predominante el ingreso económico en el 71 %, el riesgo social con el 60 %. Conclusiones: Los pacientes presentan en su mayoría baja vulnerabilidad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0987235814	E-mail: tatiana.arguello@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Landivar Varas Xavier Francisco		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830-1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			