



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

TEMA:

Diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

AUTOR:

Suárez Domínguez, Cecilia Del Rocío

Trabajo De Investigación Previo A La Obtención Del Título De:
Especialista En Medicina Familiar Y Comunitaria

DIRECTORA:

Urgilés Carrión, Brenda Yesqueny

Guayaquil – Ecuador

2021



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra. Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez, 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. Brenda Yesqueny Urgilés Carrión

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
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Declaración De Responsabilidad:

Yo, Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez

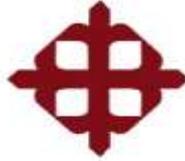
DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación: Diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. 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

La Autora:

Dra. Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez



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

Autorización:

Yo, Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. 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

La Autora:

Dra. Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez



Document Information

Analyzed document Suárez Dominguez Cecilia. PDF.pdf
(D127464145)

Submitted 2022-02-09T14:14:00.0000000

Submitted by

Submitter email cecilia.suarez@cu.ucsg.edu.ec

Similarity 0%

Analysis address xavier.landivar.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

Agradecimiento

A Dios Todopoderoso por la sabiduría, persistencia y provisión para realizar este tema de investigación. A mi madre por el sacrificio y apoyo incondicional en permitir mi formación como profesional además por su paciencia y cuidados en las noches de estudio y dedicación, en las cuales me ausente en virtud de lograr la meta propuesta.

Dedicatoria

Dedico este triunfo a Dios a mi madre y a un ángel especial. Dios mi fortaleza, mi madre el incentivo para seguir y mejorar, sin ella, no sería posible avanzar. Mi ángel que es la luz de mi vida.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

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
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



TEMA: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES DE DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.
POSGRADISTA: DRA. CECILIA DEL ROCÍO SUÁREZ DOMÍNGUEZ
FECHA:

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

RESUMEN	XVIII
ABSTRACT	XIX
INTRODUCCIÓN	2
EL PROBLEMA.....	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN	5
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
3.1 GENERAL.....	6
3.2 ESPECÍFICOS	6
MARCO TEÓRICO	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	7
4.1.1 EL ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO.....	7
4.1.2 SALUD.....	8
4.1.3 ENFERMEDAD.....	9
4.1.4 FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR.....	10
4.1.4.1 FACTORES INDIVIDUALES.....	10
4.1.4.2 FACTORES CONDUCTUALES.....	11
4.1.4.3 FACTORES SOCIOECONÓMICOS	11
4.1.4.4 FACTORES CULTURALES.....	12
4.1.5 VALORACIÓN GERIÁTRICA EN EL ADULTO MAYOR.....	13
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	19
4.2.1 MARCO LEGAL.....	19
4.2.1.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (REGISTRO OFICIAL 449 DEL 20 DE OCTUBRE DEL 2008)	19
4.2.2 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ECUADOR.....	26
MÉTODOS.....	28
1.1. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	28
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	28
1.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	28

1.5.1. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	29
1.5.2. Criterios de inclusión.....	29
1.5.3. Criterios de exclusión.	29
1.6. Procedimiento de recolección de la información.....	29
1.7. Técnicas de recolección de información	30
1.8. Técnicas de análisis estadístico.....	33
1.9. Variables.....	34
1.9.1. Operacionalización de variables.....	34
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	57
VALORACIÓN CRÍTICA.....	58
REFERENCIAS	59
ANEXOS.....	63
ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	39
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	40
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL. Y SEXO CONSULTORIOS 26 A Y 26 B. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	40
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ETNIA Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	41
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	42
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	43
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 26A Y 26 B. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	43
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RELIGIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	45
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DIFICULTAD VISUAL Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	45
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DIFICULTAD AUDITIVA Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	46
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DIFICULTAD EN LA MOVILIDAD DE LAS PIERNAS Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	46
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN PÉRDIDA DE PESO MAYOR DE 4.5 KG EN 6 MESES Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	47
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN PÉRDIDA DE MEMORIA Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	47

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN TRISTEZA Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	48
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SE BAÑA SOLO Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	48
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SALE DE COMPRAS SOLO Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	49
TABLA 17: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN VIVE SOLO Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	49
TABLA 18: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DEPRESIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	50
TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RIESGO SOCIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. ...	51
TABLA 20: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE TIPO DE ACTIVIDAD EDUCATIVA Y SEXO SOBRE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	51
TABLA 21: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE HORARIO Y SEXO SOBRE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	53
TABLA 22: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE TIEMPO DE DURACIÓN Y SEXO SOBRE LA PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	54
TABLA 23: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE FRECUENCIA Y SEXO SOBRE LA PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	54
TABLA 24: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE LUGAR Y SEXO SOBRE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	55

TABLA 25: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL COMPONENTE GRUPO DE PERSONAS Y SEXO SOBRE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS 26 A Y 26 B DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.	56
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: TIPOLOGÍA DE ANCIANOS	14
FIGURA 2: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (MODIFICADA)	16
FIGURA 3: ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL GUIJÓN.	17

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 2 ENCUESTA.....	65

RESUMEN

Antecedentes: Estudio que diseña una estrategia de intervención educativa para mostrar cómo prevenir y reducir los factores de riesgo en adultos mayores, debido al incremento de vulnerabilidad que limita su desarrollo sociocultural. **Métodos:** Estudio descriptivo. A través de una encuesta y escalas se recolecta la información de adultos mayores de ambos sexos de los consultorios 26A y 26B del Centro de Salud Pascuales. **Resultados:** el 35% de adultos mayores tienen edades entre 65 a 69 años, el 58.33% son sexo femenino, 46,67% se mantienen solteros, 98,3% predomina la etnia mestizo, 85% percibe un ingreso económico adecuado, el 50% ha terminado la primaria, el 50% predomina la ocupación ama de casa, el 83,3% es de religión católica, el 63,3% predomina la dificultad visual, el 63,3% no presenta dificultad auditiva, 65% no presentaron dificultad en la movilidad de las pierna, ninguna persona presento perdida involuntaria de la orina, 90% no ha perdido peso, el 91,7% no presentaron perdida de la memoria, el 55% no presentaron tristeza, 88,3% se bañan solos, el 76,7% predomina el salir de compras solos, 88,3% viven acompañados, 66,7% no presentaron depresión, 78,3% predominó aceptable situación social, 66,7% predomino el tipo de actividad por charlas, el 70% predominó el horario en la mañana, el 56,7% prefieren 15 minutos de actividades, 48,3% predominó la charla una vez al mes, el 75% predominó que las charlas sean en el domicilio, el 66,7% predomino de que el grupos sea de 2 a 5 personas. **Conclusiones:** Es necesario considerar que lo esencial es mantener al adulto mayor en participación activa, en lo físico y psicológico, evitar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Valoración geriátrica, Estrategia educativa.

ABSTRACT

Background: Study that designs an educational intervention strategy to show how to prevent and reduce risk factors in older adults, due to the increase in vulnerability that limits their sociocultural development. **Methods:** Descriptive study. Through a survey and scales, information is collected from older adults of both sexes from offices 26A and 26B of the Pascuales Health Center. **Results:** 35% of older adults are between 65 and 69 years old, 58.33% are female, 46.67% are single, 98.3% are of mestizo ethnicity, 85% receive an adequate income, 50% have finished primary school, 50% predominate the housewife occupation, 83.3% are Catholic, 63.3% predominate visual difficulty, 63.3% do not present hearing difficulty, 65% did not present difficulty in mobility of the legs, no person presented involuntary loss of urine, 90% have not lost weight, 91.7% did not present memory loss, 55% did not present sadness, 88.3% bathe alone, the 76.7% predominate going shopping alone, 88.3% live accompanied, 66.7% did not present depression, 78.3% prevailed acceptable social situation, 66.7% predominated the type of activity by talks, 70% the schedule in the morning prevailed, 56.7% prefer 15 minutes of activities, 48.3% prevailed the talk once a month, 75% prevailed that the talks were ean at home, 66.7% predominated that the groups are from 2 to 5 people. **Conclusions:** : It's necessary to consider that the essential thing is to keep the older adult in active participation, physically and psychologically, to avoid complications of pathological aging that is expressed in a state of fragility and dependence.

Keywords: Older Adult, Geriatric Assessment, Educational Strategy.

INTRODUCCIÓN

Adulto mayor es quien atraviesa la etapa del proceso vital humano, relacionada con la cantidad de años que ha vivido. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, según el acuerdo de Kiev, de 1979, se considera adultos mayores a las personas de más de 60 años que viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. La edad avanzada en una persona conlleva cambios fisiológicos fundamentales que pueden llevarla a dos tipos de envejecimiento: el normal o el patológico. El primero constituye la vejez saludable, una etapa de la vida como la de un niño o un adolescente, con características y oportunidades propias. En cambio, el envejecimiento patológico corresponde a las enfermedades agudas y crónicas que la persona pudiera atravesar (1,2).

El envejecimiento es considerado la última etapa de la vida donde se evidencia el deterioro y la decadencia biológica en el organismo del ser humano. Después de los 60 años, las cargas de la discapacidad sobrevienen debido a que el adulto mayor empieza a perder la audición, la visión o la movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles como cardiopatía, demencia o cáncer. (3,4).

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento de las personas ocurre por la consecuente acumulación de daños moleculares o desgaste de células a lo largo del tiempo. Durante la etapa de envejecimiento, la persona enfrenta este proceso de deterioro en parte debido al malfuncionamiento de las células presentes o a la falta de producción de células nuevas que reemplacen las muertas o defectuosas. La función celular normal se pierde durante enfermedades infecciosas, los estados de malnutrición o la exposición a peligros ambientales, o bien por influencias genéticas. Esto ocasiona que en la transición epidemiológica en el adulto mayor se caractericen la presencia de cuadros de condiciones degenerativas, por ejemplo. Generalmente los adultos mayores, no dan por relevantes los síntomas o molestias que pudieran sentir, más bien, ven esos dolores o potenciales enfermedades como parte natural del envejecimiento (1,4,5).

En comparación con los jóvenes adultos, los adultos mayores presentan menos temor, ira o vergüenza por las enfermedades que pudieran tener. Ellos pueden manejar de mejor manera cualquier enfermedad crónica, puesto que han desarrollado habilidades de afrontamientos eficientes y, ya que dichas enfermedades se han convertido en situaciones estresantes habituales, los dolores que les representan son más predecibles; aunque esto depende de la fase y tipo de enfermedad que atraviesa el adulto mayor (6).

El envejecimiento conlleva a patologías crónicas, alteraciones psicológicas y discapacidades, con una alta demanda y consumo de recursos sociosanitarios relacionados con el incremento del índice de dependencia que condiciona: cuidado de las situaciones de viudez; cambios frecuentes de domicilio: fenómenos migratorios a diferentes instituciones de acogida y aparición de familias multigeneracionales en que los cuidadores de los “muy ancianos” son también personas ancianas (7).

Las transiciones en adultos mayores están revelando varios efectos que cada vez demandan mayor atención de la sociedad: una doble carga de enfermedad, una mayor carga de discapacidad, mayor demanda por los servicios de salud y mayor vigencia de desigualdades en el acceso y uso de estos servicios, especialmente los cuidados prolongados, donde los adultos mayores requieren de personal capacitado luego de salir del hospital (8).

Por tanto, se ha escogido abordar los problemas latentes dentro de la población adulta mayor para luego crear una estrategia de promoción de salud y prevención de las enfermedades que pongan en riesgo su calidad de vida. Es importante contar con estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada y que refuercen la adaptación y el crecimiento psicosocial de las personas de la tercera edad.

EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Las características del envejecimiento poblacional y su constante crecimiento en los países en desarrollo han sido motivo para que el Programa de Salud y Envejecimiento de la OMS considerara necesario investigar las condiciones de salud de la población adulta mayor en este tipo de países. El estudio "Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento" logró ejecutarse en 18 países, y Ecuador fue uno de los participantes. El estudio concluyó con que es esencial que en la Región se establezca una mejor estructura o idea de envejecimiento en la cual se conciba la edad avanzada como un período en el que la persona adulta mayor sigue siendo útil, puede cuidar de sí misma y es parte de la familia y la comunidad. Además, consideró importante que haya un cambio de las ideas preconcebidas de lo que significa la vejez, para que se establezcan diferentes enfoques y se vele por la salud, seguridad financiera y protección social de los adultos mayores (9,10,11).

Dentro de Ecuador, se está suscitando de forma vertiginosa lo que se conoce como envejecimiento demográfico. El envejecimiento de la población ecuatoriana es un proceso poco reconocido por la sociedad. Las decisiones de política pública, en su mayoría, están dirigidas a beneficiar a la población de edades más jóvenes, demostrando así, el poco interés por mejorar las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores (12). Los AM son vulnerables al enfrentar situaciones de riesgo, en donde los recursos para enfrentar las amenazas son limitados o inexistentes. Se convierten en víctimas de abandono, no tienen acceso al seguro social, no cuentan con acceso a los servicios de salud ni seguridad social o enfrentan condiciones de pobreza. Además, la tendencia actual de esta población es de crecimiento. Mientras que en 2013 las poblaciones de adultos mayores fueron 6,5% de la población total, para 2020 ha sido del 7,4%, lo cual representa un desafío para la política pública, pero sobre todo para las familias con integrantes de la tercera edad.

En cuanto a salud, los adultos mayores tienen una prevalencia más elevada de enfermedades no transmisibles y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población. Ostentan las tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio de 18 a 19 días de estadía (13). Tanto como la transición demográfica, la transición epidemiológica también ha crecido, la cual se caracteriza por la presencia de enfermedades infecciosas o degenerativas. A esto, se añade la transición nutricional que se define por cambios en la alimentación del adulto mayor. Dichas transiciones (tres en cuestión) representan varios efectos para un futuro cercano: doble carga de enfermedad, mayor carga de discapacidad, desigualdad en el acceso a la salud, mayor demanda de servicios de salud para los adultos mayores y desafíos micro y macroeconómicos.

En vista de estos desafíos, el presente trabajo analiza como aportar al bienestar de las PAM. En este caso en particular, no existen estrategias que logren disminuir el deterioro de la calidad de vida de la población adulta mayor en uno de los centros de salud ubicados en Pascuales. Por tanto, se busca identificar los problemas latentes dentro de las PAM para luego crear una estrategia de promoción de salud y prevención de las enfermedades que aumenten la calidad y mejores condiciones de vida en población adulta mayor. Esta estrategia servirá para ayudar a las personas a desenvolverse en la sociedad y reunir los recursos que les permitan enfrentar a los problemas de salud.

2.2 Formulación

¿Qué elementos deben considerarse para desarrollar una estrategia de intervención educativa para la prevención y reducción de los factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención y manejo de los factores de riesgo en el adulto mayor en dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales presentes en la población de estudio.
- Determinar los componentes de la estrategia educativa.

MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 El adulto mayor y el envejecimiento.

Según Alvarado, podemos definir al envejecimiento como “el proceso progresivo y universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente” (14). “Estos cambios no siempre se asocian con la edad de una persona en años, ya que mientras unas personas de 70 años gozan de buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren ayuda considerable” (3).

Tomando el envejecimiento desde la perspectiva del transcurso vital, esto es, el principio de que vivir es envejecer, entonces vejez es el resultado del proceso de envejecimiento. Es una situación social que difiere en las distintas culturas y épocas. Por ejemplo: la etapa de la vejez social en la actualidad inicia cuando la persona cumple los 65 años, paralelamente a la jubilación. En una perspectiva general, la vejez trae consigo pérdidas en muchos aspectos. Por eso, debemos tener en cuenta que cuando la persona llega a jubilarse, esto se convertirá en un escenario, que, en la mayoría de los casos, lo vivirá de una forma traumática y obligatoriamente requerirá la respectiva adaptación a este nuevo ciclo de vida y rol social. Tanto la etapa de vejez, como la del envejecimiento, comprenden un fenómeno personal. Se ha determinado que dicha situación tiene muchos aspectos en común con el estado de la salud, además de la sensación de fatiga vital y/o su exclusión de la sociedad (15). Se considera que, en la actualidad, en nuestra sociedad, las personas alcanzan el umbral de la vejez al llegar a cumplir los 80 años. Aceptar tal información podría parecer una paradoja, ya que esto complica los parámetros que se deberán establecer para el inicio/fin del envejecimiento, así como el arribo a la vejez. A pesar de aquello, todas las personas inmersas en este grupo de análisis tienen en común ciertas características que las distinguen de los demás grupos del sector humano, respecto de la edad. (16).

4.1.2 Salud.

Para poder establecer la calidad de vida a la que somete el adulto mayor, existen condiciones de salud que contienen cifras muy variadas, teniendo en cuenta que las más importantes serían: su condición mental, psicoafectiva y social, su régimen nutricional, así como tener hábitos alimenticios saludables, que su capacidad funcional sea sana, dormir las horas necesarias y el cuidado correspondiente a fin de evitar caídas. Con estas consideraciones debemos además optimizarlas y reforzarlas con la atención adecuada, y de esta manera la calidad de vida de los adultos mayores, será exitosa (16).

De igual modo, Celso, Ebener y Burkhead, afirman que las afectaciones que recibe el adulto mayor en este estado de salud llegan directamente a su humor y a su perspectiva frente a la vida. Por ende, la salud óptima es fundamental para que el adulto mayor goce de una vida larga y satisfactoria, ya que a partir de dicha condición podemos tomar un punto de referencia y así calificar el bienestar, además que este resultado tiene una estricta relación con la longevidad. En cuanto a los adultos mayores, Prieto de Nicola, manifiesta que “los adultos mayores sanos son personas con alteraciones morfológicas y funcionales en el límite entre lo normal y lo patológico, en el equilibrio inestable y con adaptación de la capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento” (17).

Décadas atrás se consideraba al anciano como alguien importante dentro de la sociedad, y era la persona idónea para aportar con su experiencia y conocimiento en las áreas laboral y familiar, de la misma manera era consejero por excelencia frente a los requerimientos de sus consultantes. Además, antes se consideraba los perfiles de los adultos mayores para ocupar importantes funciones en servicio de la comunidad. Con el pasar del tiempo, así como la implementación de nuevas normativas y criterios laborales ocasionaron que el rol protagónico del adulto mayor sea desplazado. Ahora, es un desafío y un alto riesgo que pueden llegar a generar desconfianza en cuanto al posible óptimo desempeño de este en determinada función (15).

4.1.3 Enfermedad.

Podemos definir a la enfermedad como la “alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal o vegetal”. Con esta consideración, además la enfermedad trae pérdidas en la armonía de funciones motrices en general y sensitivas del cuerpo, así como el trastorno en el orden, justamente donde antes existía un equilibrio y óptimo desempeño. Sin embargo, Hatzacorsian y Blanco (18), mencionan que: “un cuerpo enfermo es el puente que une y enfrenta nuestras esperanzas de vida con los temores que concita la muerte”.

Esta conducta se ve gravemente influenciada cuando se presenta la enfermedad leve, las agudas, y más aún, las crónicas, siendo que emocionalmente sus respuestas sean deficientes y se presenten limitaciones en su funcionamiento cognitivo en cualquier etapa de la vida. A esto se debe sumar que, el acceso al tratamiento de estos problemas, en cuanto a su financiamiento, representa el gasto de elevadas sumas de dinero.

Las enfermedades se dividen en dos tipos: agudas y crónicas. A la primera, nos referimos a aquella de corta duración, cuyo desenlace puede preverse. Respecto de la segunda, o de larga duración, comprende a la más común entre los adultos mayores, y que sus efectos son acumulativos, así como la gravedad y gran impacto en las consecuencias, y la poca resistencia que tendrá su organismo, las posibilidades de que el adulto mayor muera también son altas. Deduciendo de esta consideración que, la principal causa de las enfermedades crónicas es la poca resistencia del organismo (1).

También, las enfermedades se producen por motivos no materiales o psicosociales. Entre estas causas se encuentran: la soledad, la falta de un rol activo, la ausencia de obligaciones, y el exceso de tiempo desocupado. Todos estos elementos, tienen una gran incidencia en la salud del adulto mayor y su principal efecto es la disminución de la resistencia orgánica frente a las enfermedades. La baja autoestima y el desinterés o resignación en cuanto a su percepción de autoeficacia, del autoconcepto y del bienestar subjetivo, son, además, consecuencias de las enfermedades crónicas y la incapacidad (1).

4.1.4 Factores de riesgo en el adulto mayor.

Riesgo: Es la probabilidad o posibilidad de un evento que podría causar un daño, enfermedad o muerte. Es la manifestación de estar cercano a un daño, que este ocurra o no. Supone el cambio brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva. Que una persona llegue a la etapa de adulto mayor no significa que ésta padezca de alguna enfermedad. Factores de riesgo. Son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad. Por dicha razón la estrategia de prevención de enfermedades debe dar máxima prioridad a la lucha contra los principales factores de riesgo (19).

Uno de los problemas de salud más frecuentes que presentan los adultos mayores se evidencia en el sistema osteomioarticular, en el cual se generan enfermedades degenerativas regularmente en los miembros inferiores donde el cuerpo soporta más peso, ocasionando pérdida funcional. A medida que se envejece se comienzan a producir cambios tanto en hombres como mujeres producto de la edad, estos cambios ocurren a nivel físico, psicológico y social, esferas amplias que se deben tomar en cuenta a la hora de tratar con el adulto mayor para abordarlo adecuadamente, este proceso es complejo y a su vez muy importante, el tener una clara información para el profesional como para ellos mismos ayudara a obtener iniciativas y pautas para atravesarlo de la mejor manera, tomando decisiones productivas para un buen estilo de vida.

4.1.4.1 Factores individuales

La influencia de los factores individuales corresponde al modo de vida del adulto mayor, que se refiere a lo que este grupo de personas tiene como fuente de trabajo, las condiciones de su vivienda, su atención médica, su alimentación, su recreación, el transporte, entre otros (20). Los factores individuales también incluyen los patrones individuales como son los patrones de higiene, de nutrición, de actividad física o de relaciones sociales. Muchos adultos mayores tienen una predisposición genética a sufrir ciertas afecciones crónicas, como enfermedades coronarias, diabetes, cáncer y Alzheimer.

4.1.4.2 Factores conductuales

Los factores conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo, son determinantes importantes del envejecimiento saludable. Los factores de riesgo de muerte o enfermedad más fácilmente modificables en los hombres al envejecer son el consumo de tabaco, comer en exceso (especialmente grasas saturadas, alcohol y sal) y la inactividad física. El papel que desempeña el alcohol es complejo debido al posible efecto de “protector cardíaco” del consumo regular de pequeñas cantidades, y a los graves efectos negativos del consumo excesivo. Las relaciones encontradas entre los principales factores de riesgo y las enfermedades son ligeramente menos consistentes en hombres mayores que en hombres de mediana edad. La investigación sobre la importancia de los factores de riesgo es especialmente deficiente en lo referente a los hombres que envejecen en países en vías de desarrollo. No obstante, puesto que los factores de riesgo tienen la misma trascendencia en los hombres de mediana edad tanto de países desarrollados como de países en vías de desarrollo, puede asumirse que éstos serán igual de importantes para el hombre al envejecer en países en vías de desarrollo.

4.1.4.3 Factores socioeconómicos

Los determinantes sociales y económicos del envejecimiento saludable abarcan una gran variedad de factores incluidos el estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, y a edades más jóvenes la educación que se ha obtenido, el entorno de vida y la permanencia en él, y las circunstancias familiares. La mayor vulnerabilidad a la mala salud física durante la infancia y más adelante en la vida adulta está relacionada con la mala situación socioeconómica de los padres y con unos niveles bajos de educación y preocupación por parte de los padres. Varios estudios longitudinales han mostrado que el nivel de educación y el estado civil tienen una importancia grande a la hora de predecir la mortalidad. Además, la edad, el género, y el estado socioeconómico influyen sobre la esperanza de vida sin discapacidad.

4.1.4.4 Factores culturales

Las diferentes culturas asignan diferentes valores a los papeles que desempeñan las personas mayores en sus sociedades. En países industrializados, a menudo se saca a las personas mayores de los patrones de la vida normal cuando sus familias ya no pueden ejercer su papel de cuidadores, y entonces se les “reubica” en clínicas y residencias para ancianos. Estos entornos pueden llevar a un deterioro del estado de bienestar físico y psicológico, y marcar el comienzo de graves empeoramientos de la salud. Grupos como Círculo de Abuelos han hecho hincapié sobre la importancia de reincorporar a las personas mayores a las comunidades. El éxito de su programa demuestra lo importante que es dicha reintegración tanto para las personas mayores como para los jóvenes. Las personas mayores pueden ayudar en tareas como hacer cola para obtener comida, vigilar a los niños pequeños, y enseñar a los niños en edad escolar detalles sobre su historia y experiencias sociales. Es simplemente cuestión de encontrar el tiempo y el interés en grupos culturales para poner en marcha programas de este tipo. En todo análisis sobre los determinantes culturales que influyen en la salud del hombre al envejecer es esencial estudiar el tema de los papeles sociales que desempeña el hombre, las ideas de machismo y masculinidad, que impregnan los conceptos culturales sobre el envejecimiento. En aquellas culturas en las que dichos ideales de masculinidad son cruciales en la percepción de uno mismo, el envejecimiento puede convertirse en un proceso especialmente negativo e incluso psicológicamente debilitante. La depresión, la ansiedad y el suicidio se hacen cada vez más frecuentes a medida que el hombre envejece. En culturas en las que el hombre está devaluado debido a su edad avanzada, en las que el aislamiento está inducido tanto por uno mismo como por la sociedad, no sorprende que aumenten los índices de trastornos afectivos y del estado de ánimo, y de suicidios. El reto está en llevar a cabo con éxito programas educativos en las comunidades afectadas, para intentar cambiar su percepción del envejecimiento. Crear y poner en marcha actividades y programas educativos que traten asuntos de nutrición y ejercicio físico también está determinado por el entorno cultural.

4.1.5 Valoración geriátrica en el adulto mayor.

El avance de la geriatría y la gerontología ha permitido comprender mejor los procesos de salud y envejecimiento, y su relación con las enfermedades. Según Metchnikoff (17), la gerontología es una rama de la medicina que estudia los cambios inherentes al envejecimiento fisiológico, sustenta a la geriatría y analiza la influencia que tienen sobre el envejecimiento los factores de índice sociológico, económico, sanitario, medio ambientales, psicológicos o de salud mental, entre otros, este estudio tiene de forma común un carácter interdisciplinario”.

La Geriatría es la rama de la Gerontología y medicina que trata de la salud y enfermedad de las personas de edad avanzada en todos sus aspectos preventivos, clínico, rehabilitación y vigilancia continua. Y en el caso de la invalidez física y mental de reinserción a su familia, comunidad y sociedad. Término acuñado por Ignaz Nasser basándose en los términos griegos geron= hombre anciano; iátricos= tratamiento médico (21). La Evaluación Geriátrica Integral es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía (22).

La valoración geriátrica integral se ha consolidado como una herramienta que, junto con la historia clínica de la persona adulta mayor, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, de capacidad mental, la nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia, lo cual permite diseñar estrategias de intervención. El objetivo de la valoración geriátrica integral es diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr el mayor grado de independencia o la mejor calidad de vida del anciano (6).

Figura 1: Tipología de ancianos

Tabla 3. Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos

	Anciano sano* (adulto viejo)	Anciano frágil (anciano de alto riesgo)	Paciente geriátrico
			
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
Actividades instrumentales vida diaria **	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
Actividades básicas vida diaria ***	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos	Baja.	Alta.	Muy alta.

VALORACIÓN CLÍNICA Y DE LABORATORIO

La valoración clínica de la persona mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas físico-clínicos con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda. La atención de salud de la persona mayor en la unidad de salud incluirá la apertura de la historia clínica, evitando los estereotipos.

En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han integrado síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia. La valoración geriátrica integral,

comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente.

Se presentan algunos test de los más utilizados, que van a ayudar y lograr la valoración de la persona adulta mayor

-TAMIZAJE RAPIDO

Este cuestionario ayuda a identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo y orienta al profesional de salud en la toma de decisiones oportunas.

-VALORACION FUNCIONAL

Las siguientes escalas permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria básicas (AVDB), que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) (que son las actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero), y algunos consideran las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) (aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso). Esto nos indica que a mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales

-VALORACIÓN NUTRICIONAL

Para saber sobre una buena alimentación en el adulto mayor ya que juega un papel importante durante su ciclo de la vida se realiza la valoración nutricional en el adulto mayor por medio de la siguiente escala:La aportación del Mini Nutricional Assessment (MNA). Se recopilan datos antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y subjetiva sobre la alimentación. Su puntuación máxima es de 30 puntos; de 17 puntos indica mal estado

nutricional, de 17 a 23.5, riesgo de malnutrición, y más de 24, normalidad.

-VALORACIÓN MENTAL

Para valorar la salud mental se tiene que valorar el área cognitiva y afectiva, con esto conoceremos las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte cognitiva depende de muchos factores, entre otros están los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona (hipertensión, diabetes, problemas tiroideos, etc.), los factores de riesgo para las distimias del anciano y, la más frecuente, la depresión.

-Valoración afectiva

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; puede encontrarse en 20% de los hombres y hasta en 40% de las mujeres, y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida. El diagnóstico aparece muchas veces en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, labilidad emocional, anergia, anhedonia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas. Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la Escala de valoración Depresión de Yesavage (16).

Figura 2: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Modificada)

		si	no
1	¿Está satisfecho /a con su vida?	0	1
2	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/ a?	1	0
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/ a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1

12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13	¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 9 indica probable depresión y 10 o más indica depresión estable. La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

Figura 3: Escala de valoración social Guijón.

SITUACIÓN FAMILIAR	
1	Vive con familia y/ o pareja sin conflicto
2	Vive con pareja de similar edad
3	Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/u otros pero no pueden o no quieren atenderlo
4	Vive solo, hijos y/ o familiares próximos que no cubre todas las necesidades
5	Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	
1	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2	Solo se relaciona con familia / vecinos / otros, sale de casa
3	Solo se relaciona con familia, sale de casa
4	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 semana)
5	No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana)
APOYO RED SOCIAL	

1	No recibe ningún apoyo
2	Recibe apoyo de la familia y / o vecinos
3	Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador / a familiar, vive en residencia, etc.)
4	Tiene soporte social, pero es insuficiente
5	No tiene soporte social y lo necesita

NOTA: Puntuación

- De 5 a 9: aceptable situación social
- De 10 a 14: Existe riesgo social
- Más de 15: Problema social.

Para la valoración social se utiliza la escala de valoración social Guijón

4.2 Antecedentes investigativos.

4.2.1 Marco Legal.

4.2.1.1 Constitución del Ecuador (Registro Oficial 449 del 20 de octubre del 2008)

“Art. 3 (Título I Elementos Constitutivos del Estado, Capítulo I Principios Fundamentales). - Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular (...) la salud, la alimentación, la seguridad social (...)”

“Art. 11 (Título II Derechos Capítulo I Principios de aplicación de los derechos).- (...) 2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de (...) edad. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad”

“Art. 33 (Capítulo II Derechos del Buen Vivir, Sección VIII Trabajo y seguridad social). - El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado”

“Art. 34 (Capítulo II Derechos del Buen Vivir, Sección VIII Trabajo y seguridad social). - El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del

derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.”

“Art. 35 (Capítulo tercero, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria). - Las personas adultas mayores (...) recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.”

“Art. 36 (Sección primera, adultos mayores). - Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.”

“Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. 3. La jubilación universal. 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. 5. Exenciones en el régimen tributario. 6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley. 7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.”

“Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de: 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario,

en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones. 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. 4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones. 5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales. 6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias. 7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario. 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. 9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.”

“Art. 66 (Capítulo sexto, Derechos de libertad). - Se reconoce y garantizará a las personas: (...) 3. El derecho a la integridad personal, que incluye: (...) b. Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra (...) personas adultas mayores (...) y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad (...) 4. Derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación.”

“Art. 361 (Título VII Régimen del Buen Vivir, Capítulo I Inclusión y Equidad,

Sección II Salud). - El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”

Código del Trabajo (Registro Oficial 167 del 16 de diciembre de 2005).

“Art. 195.3 Efectos. - En cualquier caso, de despido por discriminación, sea por afectar al trabajador debido a su condición de adulto mayor u orientación sexual, entre otros casos, fuera de los previstos para la ineficacia del despido, el trabajador tendrá derecho a la indemnización adicional a que se refiere este artículo, sin que le sea aplicable el derecho al reintegro.”

Código Civil (Registro Oficial Suplemento 46 del 24 de junio de 2005).

“Art. 20 (Título Preliminar, Parágrafo V). - Las palabras hombre, persona, niño, adulto, adolescente, anciano y otras semejantes, que en su sentido general se aplican a individuos de la especie humana, sin distinción de sexo, se entenderán comprender a ambos sexos en las disposiciones de las leyes, a menos que, por la naturaleza de la disposición o el contexto, se limiten manifiestamente a uno solo.”

Ley de Seguridad Social.

“Art. 17.- El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad (...) vejez (...), en los términos que consagra esta Ley.”

Código Orgánico Integral Penal (Registro Oficial 180 del 10 de febrero de 2014).

“Art. 98 (Título IV Infracciones en Particular, Capítulo I Graves violaciones a los derechos humanos y delitos contra el derecho internacional humanitario,

Sección III Diversas formas de explotación).- Realización de procedimientos de trasplante sin autorización.- La persona que realice procedimientos de trasplante de órganos, tejidos y células, sin contar con la autorización y acreditación emitida por la autoridad competente, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Si los componentes anatómicos extraídos o implantados provienen de niñas, niños o adolescentes, personas con discapacidad o adultos mayores, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.”

“Art. 224 (Capítulo III Delitos contra los derechos del buen vivir, Sección II Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización). - Prescripción injustificada.- La o el profesional de la salud que, sin causa justificada, recete sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionado con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si prescribe la receta a una o un incapaz absoluto, mujeres embarazadas, discapacitados o adultos mayores, será sancionado con pena privativa de libertad de tres a cinco años.”

“Art. 443 4 (Título III Sujetos Procesales, Capítulo III Fiscalía). - Atribuciones de la Fiscalía.- La Fiscalía ejerce las siguientes atribuciones: (...)
4. Garantizar la intervención de fiscales especializados en delitos contra la integridad sexual y reproductiva, violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultos mayores y, en las materias pertinentes que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. En estos casos, además, se dará prioridad para las investigaciones.”

Ley Orgánica de Salud (Ley 67, Registro Oficial 423-S del 22 de diciembre de 2006).

“Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas

durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...) 11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva”

Ley Orgánica de Salud (Ley 67, Registro Oficial 423-S del 22 de diciembre de 2006).

“**Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...) 11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva”

Ley Orgánica de las personas adultas mayores (Suplemento del Registro Oficial 484 del 9 de mayo de 2019).

“**Art. 5 (Título II De los sujetos de la ley y sus deberes, Capítulo I De los sujetos).** - Persona adulta mayor. - Para efecto de la presente Ley, se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad

(...)

“Art. 16 (Capítulo II De los beneficios no tributarios, Sección I Del derecho a la vida digna).- Derecho a la vida digna.- Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal. Para asegurar el derecho a una vida digna, a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez y adolescencia dispondrá su custodia y regulará las visitas. En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla. El Juez podrá impartir medidas de protección hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, de conformidad a lo establecido en la presente Ley y su Reglamento.

“Art. 27.- (Capítulo II De los beneficios no tributarios, Sección VII Del derecho a la pensión alimenticia) Alimentos. - Las personas adultas mayores que carezcan de recursos económicos para su subsistencia o cuando su condición física o mental no les permita subsistir por sí mismas, tendrán el derecho a una pensión alimenticia por parte de sus familiares que les permita satisfacer sus necesidades básicas y tener una vida en condiciones de dignidad. La pensión mensual de alimentos será fijada por juezas y jueces de la familia, mujer, niñez y adolescencia competentes mediante el trámite definido en la normativa vigente. El monto será determinado de conformidad a la tabla emitida por la autoridad nacional de inclusión económica y social, la cual deberá aplicarse conforme a las necesidades reales de la persona adulta mayor y la capacidad económica de la o las personas alimentantes”.

“Art. 86 (Capítulo IV Ejes del Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las personas adultas mayores).- Medidas para la prevención.- El Estado, a través de las entidades que conforman el Sistema, en el ámbito de sus competencias, aplicarán las siguientes medidas: a) Diseñar e implementar estrategias de sensibilización y comunicación dirigidas a la ciudadanía en general, con el fin de fomentar una valoración positiva del rol que cumplen los adultos mayores en la familia y en la sociedad; b) Diseñar e implementar modelos, protocolos y normativas para la prevención de vulneración de derechos contra las personas adultas mayores, en coordinación con las familias y organizaciones de la sociedad civil; y, c) Establecer planes, programas y acciones para evitar la repetición de acciones que vulneren derechos de las personas adultas mayores, cuando se ha producido la vulneración.”

“Art. 87 (Capítulo IV Ejes del Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las personas adultas mayores). - Eje de Atención. Las instituciones en el ámbito de sus respectivas competencias deberán prestar atención médica, psicológica, socioeconómica y asesoría jurídica a las personas adultas mayores de manera prioritaria, especializada, integral y gratuita. Las personas adultas mayores, recibirán atención especial, prioritaria y oportuna de toda autoridad e institución y en todos los servicios públicos o privados necesarios para garantizar un trato digno con calidad y calidez”

4.2.2 Situación del adulto mayor en Ecuador.

De manera general se puede señalar que el 70 % de la población adulta mayor se encuentra entre 65 y 85 años, y la división por sexo es del 47 % del sexo masculino y el 53 % de sexo femenino. Se sitúan mayoritariamente en la costa y sierra ecuatoriana un 44,48 % (23). Por lo tanto, el estado ecuatoriano debe encargarse de cumplir con las políticas públicas establecidas y citadas dentro de este estudio, para garantizar los derechos de las personas adultas mayores, integrándolos al desarrollo social, económico, político y cultural del país, a través de su participación junto a la familia, sociedad civil y el Estado ecuatoriano. Dentro de estas políticas se encuentra el Programa del adulto

mayor, destinado a las áreas de promoción, prevención y cuidado integral de salud de los adultos mayores (24). A la vez, se debe autorizar la elaboración de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor que incluyan los procesos de atención de acuerdo con sus diferentes patologías. Esto ayudaría a mejorar la calidad de atención del adulto mayor y mejorar el desempeño laboral del profesional de salud.

MÉTODOS

1.1. Nivel de la investigación.

Nivel Descriptivo.

1.2. Tipo de investigación.

El estudio es de tipo observacional porque no existe intervención del investigador, no hubo manipulación de los datos, es prospectivo porque la información es recogida proveniente de una fuente de información primaria. Es transversal porque las variables de estudio se miden en una sola ocasión y según el número de variables analíticas es descriptivo porque no se hacen asociaciones de variables.

1.3. Diseño de investigación.

Este estudio se trata de prevalencia o de corte transversal porque cuantifica la proporción de individuos en una población que presentan la enfermedad o condición en un momento específico, no se sigue a los pacientes u objetos de estudio en el tiempo.

1.4. Justificación de la elección del método

Para responder al objetivo general de estudio fue fundamental describir los factores que influyen en la vida del adulto mayor, e identificar las dimensiones necesarias para desarrollar una estrategia de intervención educativa que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales.

1.5. Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 60 pacientes adultos mayores, (65 años y +), asignados a los consultorios 26 A y 26 B del Centro de Salud Pascuales que cumplieron con los criterios de inclusión, en el período comprendido de enero a junio de 2021.

1.5.1. Criterios y procedimientos de selección de la población.

Para obtener el marco poblacional se utilizaron el listado de las fichas familiares del consultorio 26 A y 26 B del centro de salud de Pascuales.

1.5.2. Criterios de inclusión.

Adultos mayores que firmen el consentimiento informado y acepten su participación en esta investigación.

1.5.3. Criterios de exclusión.

Adultos mayores con discapacidad mental que impida aplicar los instrumentos de investigación.

Adultos mayores que después de las dos citas al centro de salud o dos citas al domicilio no es posible contactar.

1.6. Procedimiento de recolección de la información

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 establecidas en el reglamento de ética para la investigación del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Se aplicó una encuesta que fue elaborada por la autora y validada por tres expertos. Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitó la firma del consentimiento informado de los pacientes adultos mayores. La recolección de datos se realizó mediante encuesta elaborada en la que se incluyó variables demográficas, tamizaje rápido de la escala geriátrica, Escala de depresión Geriátrica de Yesavage modificada, Escala de valoración de Guijón y preguntas relacionadas con los componentes de la estrategia educativa.

El primer objetivo específico está dirigida a caracterizar a la población de

estudio según las variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, etnia, ingreso económico, nivel de escolaridad, ocupación y religión. Para llegar al objetivo específico dos e identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. Esta información se recolectará por medio de la encuesta y de escalas. En la encuesta: dificultad visual, dificultad auditiva, dificultad en la movilidad de las piernas, pérdida involuntaria de orina, pérdida de peso mayor a 4.5 Kg en 6 meses, pérdida de memoria, tristeza, puede bañarse solo, salen de compras solos, vive solo. Para valorar la depresión se realiza la escala de depresión Geriátrica Yesavage modificada, se le indica al paciente que conteste encerrando en un círculo a cada una de las preguntas según como se ha sentido él durante la última semana: tiene 15 ítems y debe responder si o no de los cuales 10 indican la presencia de depresión cuando se contesta afirmativamente y 5 indican la presencia de depresión cuando se contesta negativamente, las respuestas que indican depresión son los encerrados con el número uno, se considera: Normal (0-5), Probable depresión (6-9), Depresión estable (10 o más). Para valorar el riesgo social se realiza la escala de valoración social de Guijón, se le indica al paciente que conteste la escala que consta de 3 ítems: situación familiar, relaciones y contactos sociales, apoyo red social se considera: aceptable situación social de 5 a 9, existe riesgo social de 10 a 14, problema social: más de 15. Para el tercer objetivo se realizaron preguntas relacionadas con los componentes de la estrategia educativa, se realizaron preguntas sobre: tipo de actividad educativa, horario de actividades, duración de las actividades, frecuencia de las actividades, lugar para desarrollar las actividades y tamaño del grupo de personas para el desarrollo de las actividades.

1.7. Técnicas de recolección de información

Variable	Tipo de Técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ingreso económico familiar	Encuesta

mensual per cápita.	
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Religión	Encuesta
Dificultad visual	Encuesta
Dificultad auditiva	Encuesta
Dificultad en la movilidad de las piernas	Encuesta
Perdida involuntaria de orina	Encuesta
Perdida de peso mayor de 4.5 Kg en 6 meses	Encuesta
Perdida de memoria	Encuesta
Tristeza	Encuesta
Puede bañarse solo	Encuesta
Sale de compras solo	Encuesta
Vive solo	Encuesta
Depresión	Psicometria(Escala de Depresión de Yessavage modificada)
Riesgo social	Psicometría(Escala de valoración social Guijón)
Componente estrategia: Tipo de actividad.	Encuesta

Componente estrategia: Horario	Encuesta
Componente estrategia: Duración de las actividades.	Encuesta
Componente estrategia: Frecuencia de las actividades	Encuesta
Componente estrategia: Lugar	Encuesta
Componente estrategia: Grupos	Encuesta

Objetivo 1 (Caracterizar variables sociodemográficas)	
Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	
Estado civil	
Etnia	
Ingreso económico	
Nivel de escolaridad	
Ocupación	
Religión	
Objetivo 2 (Identificar los factores de riesgo biológico, psicológico y social)	
Dificultad visual	Encuesta
Dificultad auditiva	Encuesta
Dificultad en la movilidad de las piernas	Encuesta
Perdida involuntaria de orina	Encuesta
Pérdida de peso mayor de 4.5 Kg en 6 meses	Encuesta
Pérdida de memoria	Encuesta
Tristeza	Encuesta
Puede bañarse solo	Encuesta
Sale de compras solo	Encuesta
Vive solo	Encuesta
Depresión	Psicometría (Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada)
Riesgo social	Psicometría (Escala de valoración social Guijón)
Objetivo 3 (Determinar los componentes de la estrategia educativa).	

Tipo de actividad	Encuesta
Horario	
Duración	
Frecuencia	
Lugar	
Grupos	

1.8. Técnicas de análisis estadístico.

Se transcribieron los datos recogidos en la encuesta y las escalas para una base de datos en EXCEL donde se codificaron las categorías de las variables para transportarlos al programa estadístico SPSS Version 22, para procesar los datos y obtener resultados que se presenten en las tablas.

1.9. Variables.

1.9.1. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades. Categoría o valor final	Tipo/Escalas
Objetivo 1			
Edad	Edad (años cumplidos según grupos quinquenales)	65 a 69 años. 70 a 74 años. 75 a 79 años. 80 a 84 años. 85 años y más.	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo (según caracteres sexuales externos)	Masculino. Femenino.	Cualitativa nominal dicotómica
Estado civil	Estado civil (Situación actual relacionada con la pareja)	Soltero (a) Unión libre. Casado(a). Viudo(a). Separado(a). Divorciado(a).	Cualitativa nominal politómica
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena. Afroecuatoriano (a). Negro(a). Mulato(a). Montubio(a). Mestizo(a). Blanco(a). Otra.	Cualitativa nominal politómica
Ingreso económico familiar	Ingreso mensual	Adecuada (84.49 USD o más) Pobreza (84.48 a 47.62 USD) Pobreza extrema (menos de	Cualitativa ordinal

mensual per cápita		47.62 USD)	
Escolaridad	Escolaridad (Según niveles terminados)	Ninguna (analfabetismo). Primaria sin terminar. Primaria terminada. Secundaria terminada. Universitaria terminada. Postgrado terminado. (Especialidad, Maestría, Doctorado).	Cualitativa ordinal
Ocupación	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	Empleado(a) público(a). Empleado(a) privado(a). Cuenta propia. Ama de casa. Trabajador(a) no remunerada. Estudiante. Jubilado(a). Desempleado(a). Otra.	Cualitativa nominal politómica
Religión	Religión	Católica. Evangélica. Ninguna. Otras.	Cualitativa nominal
Objetivo 2			
Tamizaje rápido de las condiciones geriátricas	Dificultad visual(según tamizaje rápido) Dificultad auditiva(según tamizaje rápido) Dificultad en la	Sí No	Cualitativa nominal

	<p>movilidad de las piernas.</p> <p>Pérdida involuntaria de orina(según tamizaje rápido)</p> <p>Pérdida de peso mayor de 4.5 en 6 meses (según tamizaje rápido)</p> <p>Pérdida de memoria reciente (según tamizaje rápido)</p> <p>Tristeza</p> <p>Puede bañarse solo (según tamizaje rápido)</p> <p>Sale de compras solo(según tamizaje rápido)</p> <p>Vive solo (según tamizaje rápido)</p>		
Depresión	<p>Escala de depresión geriátrica Yesavage (Es un instrumento ampliamente utilizado para</p>	<p>Normal: 0 - 5</p> <p>Probable depresión: 6 - 9</p> <p>Depresión estable: 10 o más</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>

	valorar de depresión)		
Riesgo social	Escala de valoración social Guijón (Es un instrumento útil en la medición de la situación social)	Aceptable situación social: De 5 a 9 Existe riesgo social: de 10 a 14. Probable social : más de 15 puntos	Cualitativa ordinal
Objetivo 3			
Componente e estrategia Tipo de actividad	Tipo de actividad	Charlas Videos Actividades lúdicas Teleconferencia	Cualitativa nominal
Componente e estrategia Horario de las actividades	Horario	Mañana Tarde Noche	Cualitativa ordinal
Componente e estrategia duración de las actividades educativas	Tiempo implementado para la actividad	15 minutos 30 minutos 45 minutos	Cualitativa nominal
Componente e estrategia: Frecuencia de las actividades	Cantidad de veces en que la actividad se realice	1 vez a la semana 1 vez cada 15 días 1 vez al mes	Cualitativa nominal
Componente e estrategia:	Espacio donde se realizará la	Domicilio Centro comunal	Cualitativa nominal

Lugar	actividad	Centro de salud	
Componentes estrategia: Tamaño de los grupos	Componente estrategia tamaño de los grupos	De 2 - 5 personas De 6 – 10 personas De 11 -15 personas De 16 - 20 personas	Cuantitativa discreta

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo.
Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Edad					Total	%
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%		
65 a 69 años	13	52,0	8	22,9	21	35,0
70 a 74 años	3	12,0	10	28,6	13	21,7
75 a 79 años	5	20,0	8	22,9	13	21,7
80 a 84 años	3	12,0	5	14,3	8	13,3
85 años y más	1	4,0	4	11,4	5	8,3
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,00

Dentro de la población se muestran los siguientes rangos de edad: De 65 a 69 años con una frecuencia del 35,0%; de 70 a 74 años con una frecuencia de 21,7%; de 75 a 79 años con una frecuencia del 21,7%; de 80 a 84 años con una frecuencia del 13,3% y; de 85 años y más con una frecuencia del 8,3%. En el estudio “Situación de las personas adultas mayores en México”, la proporción de mujeres adultas mayores en poblaciones urbanas es mayor que la proporción de hombres en todos los grupos de edad: 77,2% entre las mujeres del grupo de 60 a 69 años, frente a 74,40% de los hombres; las mujeres del grupo de 70 a 79 años llegan a representar 73,70% frente a 69,0% de los hombres y; del grupo de mujeres de 80 años y más, la frecuencia es de 74,20% frente al 67,60% de los hombres. Las proyecciones de población de dicho estudio prevén que prevalecerá el mayor número de mujeres (25). En el estudio sobre los factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud, realizado en 19 municipios (Nariño, Colombia) (26), el promedio de edad de la muestra es de 72 años, el grupo de edad que más prevalece es el de 60 a 69 años con un 44,1%, el 54,2% son mujeres. El estudio concluye en que los factores de riesgo que hacen más vulnerables a los adultos mayores son: vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente apartadas, no contar con el acompañamiento de una

persona para su cuidado y tener hipertensión arterial.

**Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según sexo.
Consultorios 26 A Y 26 B. centro de salud Pascuales. Año 2021.**

Sexo	Total	%
Masculino	25	41,67
Femenino	35	58,33
Total	60	100,00

De acuerdo a las variables sociodemográficas se puede notar que existen más mujeres (n=35; 58,33%) que hombres (n=25; 41,67%).

**Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según estado civil y sexo.
Consultorios 26 A Y 26 B. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Estado civil					Total	%
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%		
Soltero/a	13	52,00	15	42,86	28	46,67
Viudo/a	3	12,00	13	37,14	16	26,67
Casado/a	6	24,00	5	14,29	11	18,33
Unión libre	3	12,00	0	0,00	3	5,00
Separado/a	0	0,00	2	5,71	2	3,33
Total	25	100,00	35	100,00	60	100,00

De los adultos mayores atendidos del Centro de Salud Pascuales, en los consultorios 26 A Y 26 B, existe un 46,67% de la población soltera, un 26,67% son viudos/as, le sigue el 18,33% que se encuentran casados/as, solo un 5% se encuentra en unión libre y 3,33% están separados. Esto contrasta con lo que evidencia el estudio “Salud y estado funcional de los adultos mayores” (27), donde la proporción de adultos mayores que nunca se han casado (equivalente a soltería) es 6,4% de 8 874 personas encuestadas. En dicho

estudio, predomina la proporción de adultos mayores casados (53,5%). Solamente la proporción de viudez (26,5%) se acerca a nuestro estudio realizado en Pascuales. Otro estudio que contrasta es el que trata las características sociodemográficas, de familiares de adultos mayores del grupo gerontológico del Cantón Mera Provincia de Pastaza (19), donde el 67% de la población de adultos mayores está casada.

Tabla 4. Distribución de los adultos mayores según etnia y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Etnia	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Mestizo(a)	24	96,0	35	100,0	59	98,3
Blanco(a)	1	4,0	0	0,0	1	1,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

En la distribución de adultos mayores según la autoidentificación étnica, predominan los mestizos con el 98,3%. El estudio realizado por Juan Carlos Salazar, sobre los factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en la provincia de Pichincha, de los 402 participantes, el 89,7% se consideraron de etnia mestiza (n=131). Sin embargo, la etnicidad no fue estadísticamente significativa respecto de las personas sin el deterioro cognoscitivo (28).

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según ingreso económico familiar y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ingreso económico						
Adecuado	21	84,0	30	85,7	51	85,0
Pobreza	4	16,0	5	14,3	9	15,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

El 85% de los adultos mayores encuestados, mantiene un ingreso económico adecuado. Casi siempre disponen de recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas, otros reciben ingresos de sus hijos o ingresos de sus negocios propios. Sin embargo, notamos que un 15% presenta pobreza. Son personas que perciben menos de \$ 85,00 al mes para sustentarse, viven solos, no puede cubrir sus necesidades básicas por no disponer de los recursos económicos necesario, aunque reciben ingreso económico por bono, este ingreso no alcanza para gastos en general.

En el estudio sobre “indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de la ciudad de Antofagasta” (29), el ingreso económico con mayor representación fue de \$ 350 a \$ 664 mensuales, lo cual indica un buen ingreso económico para una mayor parte de adultos mayores.

Tabla 6. Distribución de los adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria sin terminar	8	32,0	16	45,7	24	40,0
Primaria terminada	13	52,0	17	48,6	30	50,0
Secundaria terminada	4	16,0	2	5,7	6	10,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Según el nivel de educación, se observa que predomina la educación primaria terminada en un 50,0%; le sigue un 40% que no ha culminado la primaria y; solo el 10% ha terminado la secundaria. En el trabajo de investigación “Percepción del Adulto Mayor Sobre La Atención a enfermedades Crónicas no transmisibles recibida en el centro de salud “Pedro Altamirano” realizado en Managua 2015” (30) también predomina la educación primaria con un 57.35%. En cambio, en el estudio sobre la calidad de vida percibida de adultos mayores de un policlínico (31), predominó la escolaridad secundaria en un 22,07% en un policlínico, de una muestra constituida por 521 adultos mayores.

Tabla 7. Distribución de los adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorios 26A Y 26 B. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ama de casa	1	4,0	29	82,9	30	50,0
Jubilados	8	32,0	3	8,6	11	18,3
Desempleado	9	36,0	2	5,7	11	18,3
Cuenta propia	7	28,0	1	2,9	8	13,3
Total	24	100	36	100	60	100,0

En cuanto al resultado de la ocupación de los adultos mayores atendidos en

el centro de salud, predomina la actividad como ama de casa con el 50% (n= 30). Le sigue un 18,3%, porcentaje que corresponde al grupo de los adultos mayores que se encuentran jubilados, de sexo masculino en su mayoría. El 18,3% representa a los adultos mayores que se encuentran desempleados. Por último, el 13,3% trabaja por cuenta propia. En el estudio elaborado por Allan N. et al., sobre el cambio de ocupación de 15 adultos mayores jubilados, la mayoría percibe mayor libertad y menos estrés ya que no deben cumplir con las obligaciones que le imponían el trabajo. La mitad de la muestra afirma que si tuviera la posibilidad de volver a trabajar no lo haría y, la única persona que desea hacerlo asegura que es por sentirse competente, antes que por alguna necesidad económica (32). Y es que, en algunos adultos mayores, la pérdida del trabajo produce una sensación de vacío. Según el estudio realizado en México sobre los adultos mayores y su retiro del mercado laboral, para el año 2015-2016, por lo menos nueve de cada diez adultos mayores que están en edad de retirarse no lo hacen y continúan trabajando, ya sea por decisión propia, por necesidad, por obligación o cualquier otro aspecto (33). Los resultados son congruentes con aquellos encontrados por Bueno y Valle, aludiendo a que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad que los varones, debido a que cuentan con menos recursos para enfrentar los riesgos y cambios inesperados. Se evidencia para sugerir que las mujeres representan el grupo de desamparo institucional de la jubilación a través de la ausencia de pensión, lo que conduce a la debilidad e inseguridad personal para enfrentar los riesgos y cambios en la vejez como viudez, soledad, discriminación y maltrato (34).

Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según religión y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Religión	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Católica	22	88,0	28	80,0	50	83,3
Evangélica	3	12,0	6	17,1	9	15,0
Otra	0	0,0	1	2,9	1	1,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

En relación con la religión se evidencia que el 83,3% de personas son católicas, el 15,0% son evangélicas y el 1,7% tiene otra religión. Reyes C afirma que Casi 95% de los ancianos oran regularmente y usan la religión como recurso. La religiosidad tiene orientaciones que se asocian con la salud en los ancianos; disminuyen la mortalidad cardíaca, el estrés y la depresión; aumentan la satisfacción de vida y el bienestar. También hay disminución de ansiedad y depresión ante la muerte.

Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según dificultad visual y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Dificultad visual	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	15	60,0	23	65,7	38	63,3
No	10	40,0	12	34,3	22	36,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Entre los factores de riesgo biológico en adultos mayores, tenemos la dificultad visual, con una prevalencia del 63,3% dentro de la población de estudio. El 36,7% no tiene dificultad visual. Dificultad de visión: en el estudio de Hernández de 384 adultos mayores prevalecieron el glaucoma (62,8%), las cataratas (32,3%), la retinopatía diabética (15,1%) y la degeneración macular relacionada con la edad (13,3%).

Tabla 10. Distribución de los adultos mayores según dificultad auditiva y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Dificultad auditiva	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	16	64,0	22	62,9	38	63,3
Sí	9	36,0	13	37,1	22	36,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Otro de los factores de riesgo biológico en adultos, con una prevalencia del 63,3 no presentan dificultad auditiva. El 36,7 de adultos mayores tienen esta dificultad auditiva.

Tabla 11: Distribución de los adultos mayores según dificultad en la movilidad de las piernas y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Dificultad en la movilidad de las piernas	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	18	72,0	21	60,0	39	65,0
Sí	7	28,0	14	40,0	21	35,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

En cuanto a la dificultad en la movilidad de las piernas, la prevalencia es del 65% dentro de la población de estudio es decir que la mayoría no presenta dificultad en la movilidad de las piernas. El 35% tiene estas dificultades.

Con respecto a la pérdida involuntaria de orina, el 100% de la población de adultos mayores declaró no tener pérdida involuntaria de orina.

Tabla 12: Distribución de los adultos mayores según pérdida de peso mayor de 4.5 kg en 6 meses y sexo. Consultorios 26 A y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Pérdida de peso	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	23	92,0	31	88,6	54	90,0
Sí	2	8,0	4	11,4	6	10,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

En cuanto a la pérdida de peso, se muestra una prevalencia de 90% dentro de la población de estudio que no han perdido peso.

Tabla 13: Distribución de los adultos mayores según pérdida de memoria y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Pérdida de memoria	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	24	96,0	31	88,6	55	91,7
Sí	1	4,0	4	11,4	5	8,3
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

El 91,7% de la población encuestada no tiene pérdida de memoria recientemente, aunque dentro de las que sí presentan este tipo de problemas, prevalecen las mujeres.

El envejecimiento trae algunos cambios tanto fisiológicos como morfológicos. Entre estos, los procesos mentales. Una disminución de la velocidad del procesamiento de la información y tal vez una leve disminución en la memoria de trabajo. Sin embargo, cuando los olvidos son repetitivos, sin que el adulto mayor recuerde que actividades iba a realizar, tiene celos de su pareja o comienza a ser agresivo, puede ser que el adulto mayor esté enfrentando un deterioro cognitivo.

Los resultados del estudio realizado por Salazar, (28) sugieren que los

estudios sobre memoria remota y demencia en adultos mayores sugieren la conservación de la habilidad para evocar recuerdos de su historia de vida, que constituye información de su memoria autobiográfica y de importancia personal que han sido repasados y que contribuyen al sentido de identidad personal.

Tabla 14: Distribución de los adultos mayores según tristeza y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Tristeza	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	16	64,0	17	48,6	33	55,0
Sí	9	36,0	18	51,4	27	45,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

El 55% de adultos mayores no presentan tristeza. El 45% de la población presentan tristeza: El estudio de Becerra, de 26 adultos mayores, el 71% presentan estancia confortable.

Tabla 15: Distribución de los adultos mayores según se baña solo y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Se bañan solo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	22	88,0	31	88,6	53	88,3
No	3	12,0	4	11,4	7	11,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

La mayoría de adultos mayores se bañan solos en 88.3%, el 11,7% no se bañan solos.

Tabla 16: Distribución de los adultos mayores según sale de compras solo y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Salir de compras	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sí	21	84,0	25	71,4	46	76,7
No	4	16,0	10	28,6	14	23,3
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

El 76,7% de adultos mayores sale de compras y el 23.3% sale de compras en compañía.

Tabla 17: Distribución de los adultos mayores según vive solo y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Vive solo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	20	80,0	33	94,3	53	88,3
Sí	5	20,0	2	5,7	7	11,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

El 88.3% de los adultos mayores viven acompañados y el 11,7% afirma que vive solo.

Tabla 18: Distribución de los adultos mayores según depresión y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Depresión	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Normal	17	68,0	23	65,7	40	66,7
Probable depresión	6	24,0	8	22,9	14	23,3
Depresión estable	2	8,0	4	11,4	6	10,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

De acuerdo con la escala de depresión Geriátrica de Yesavage el 66.7% de los adultos mayores no presentan depresión, mientras que el 23,3% presenta una probable depresión y el 10% tienen depresión estable. Respecto del tema de la depresión en adultos mayores, el estudio ENSANUT de México (2018) evidenció que dentro de la población urbano/rural, uno de los principales padecimientos para los indicadores de salud mental es la depresión con una representación del 17,6% en los AM y se observa que a mayor rango de edad mayor es la frecuencia de síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión, tanto en hombre como en mujeres. Así pues, se entiende a la población anciana como el mayor grupo vulnerable a esta enfermedad (35). En Chile, la depresión tiene una prevalencia 6.2%, siendo más común en mujeres (10.1%) que en hombres (2.1%). En dicha población, la prevalencia puede aumentar en ciertos grupos de adultos mayores alcanzando prevalencias de hasta 33% a 47% en pacientes hospitalizados, enfermos de cáncer, posterior a un ataque cerebrovascular o infarto agudo al miocardio, enfermedad de Parkinson, quienes ameritan especial atención en la aparición de síntomas depresivos (36). El estudio de Zaragoza que se realizó con una muestra de 1.500 enfermos señala que la prevalencia de depresión en la población es del 7%. Los factores relacionados de la depresión en ancianos van desde variables demográficas como edad o sexo, hasta condiciones inadecuadas de salud, como enfermedades crónicas, además de la necesidad

de vivir institucionalizados. También puede influir en la aparición de la depresión una inadecuada red familiar (37).

Tabla 19: Distribución de los adultos mayores según riesgo social y sexo. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Riesgo social	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Aceptable situación social	17	68,0	30	85,7	47	78,3
Existe riesgo social	1	4,0	3	8,6	4	6,7
Problema social	7	28,0	2	5,7	9	15,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

De acuerdo a la escala de valoración social de Guijón, existe un 78,3% de los adultos mayores presentan aceptable situación social y en un 6,7% presentan riesgo social y el 15% de los adultos mayores presentan un problema social.

Tabla 20: Distribución de los adultos mayores según el componente tipo de actividad educativa y sexo sobre la prevención y manejo de factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Tipo actividad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Charla	18	72,0	22	62,9	40	66,7
Actividades lúdicas	5	20,0	7	20,0	12	20,0
Video	2	8,0	6	17,1	8	13,3
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

De acuerdo a los componentes de estrategia para la prevención y manejo de los factores de riesgo en el adulto mayor, las actividades en la que los adultos mayores quisieran participar son las charlas.

Existen fundaciones y centros gratuitos para el cuidado y educación de los adultos mayores, uno de ellos es el Centro de la Experiencia del Adulto Mayor (CEAM) donde se realiza actividades de recreación, bailoterapia, natación, ludoterapia, para promover un envejecimiento activo y saludable. Esto se explica si se tiene en cuenta que la prolongación de la vida y la existencia de un creciente número de adultos mayores exigen que cada individuo y la sociedad adopten una nueva perspectiva de vida, lo que significa que la sociedad y el individuo mismo requieren aprender a envejecer.

En la literatura científica se plantean definiciones de lo que es la rehabilitación, así como precauciones, contraindicaciones y beneficios que pueden ocasionar la rehabilitación acuática, siendo el mismo un recurso fundamental en los adultos mayores y en su calidad de vida, al respecto se asume lo que plantea Gómez y Artemán (2008), los cuales definen a la rehabilitación como: “El retorno de la persona afectada según sus posibilidades a sus condiciones normales de vida en la sociedad, la cual es un proceso continuo, coordinado y combinado que se utiliza en las ciencias médicas para incorporar o reincorporar a los pacientes con el máximo potencial de vida normal, desde el punto de vista físico, psicológico, y social”. Los aspectos a evaluar en la rehabilitación física según lo planteado por Kottke y Lehmann (2005) son: El dolor agudo o crónico, la disminución o pérdida de la funcionalidad, la alteración de la marcha, postura o equilibrio, alteraciones psicológicas o familiares, estado nutricional, actividades de la vida diaria, amplitud articular. El equipo de atención en rehabilitación debe diseñar cuidadosamente el plan terapéutico para evitar complicaciones y descompensaciones de la enfermedad de base, mejorando la funcionalidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

Es una investigación realizada por Violeta Díaz, Inés Díaz, Graciela Rojas y David Novogrodsky (2003), los objetivos que guiaron la intervención fueron diagnosticar las enfermedades crónicas en los adultos mayores, evaluar la funcionalidad física y psíquica, además de revisar la capacidad de atención de consultorios primarios. Entre las conclusiones constan las siguientes:

El grupo investigado fue un grupo de adultos mayores pobres, mayormente mujeres. Los hombres acuden menos a consulta médicas ya que trabajan hasta más tarde en la vida, aunque sea a tiempo parcial, o también participan en trabajo representativo en grupos sociales, sean barriales, deportivos y otros.

Tabla 21: Distribución de los adultos mayores según el componente horario y sexo sobre prevención y manejo de los factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Horario	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Mañana	16	64,0	26	74,3	42	70,0
Tarde	9	36,0	9	25,7	18	30,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Entre la población de estudio existe un 70% que prefieren tener el horario de la actividad educativa en las mañanas, solo el 30% prefiere estas actividades en la tarde.

Tabla 22: Distribución de los adultos mayores según el componente tiempo de duración y sexo sobre la prevención y factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Tiempo de duración	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 minutos	16	64,0	18	51,4	34	56,7
30 minutos	9	36,0	13	37,1	22	36,7
45 minutos	0	0,0	4	11,4	4	6,7
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Podemos notar que un 56.7% prefiere actividades educativas cortas de 15 minutos. Solo un 36,7% aceptaría una actividad educativa de 30 minutos. El 6,7% representa a los adultos mayores que atenderían actividades educativas de 45 minutos.

Tabla 23: Distribución de los adultos mayores según el componente frecuencia y sexo sobre la prevención y factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

frecuencia	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Una vez al mes	10	40,0	19	54,3	29	48,3
Una vez cada 15 días	10	40,0	12	34,3	22	36,7
Una vez a la semana	5	20,0	4	11,4	9	15,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Según la distribución de adultos mayores en relación con el componente de estrategia frecuencia, se estima que un 48,3% prefiere participar una vez al mes. Solamente un 36,7% afirmó desear participar una vez cada 15 días y el 15% de la población adulta mayor desea recibir la información una vez a la semana.

Tabla 24: Distribución de los adultos mayores según el componente lugar y sexo sobre la prevención y manejo de factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Lugar	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Domicilio	18	72,0	27	77,1	45	75,0
Centro de salud	5	20,0	4	11,4	9	15,0
Centro Comunal	2	8,0	4	11,4	6	10,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Podemos notar que un 75% desearía que las charlas fueran en la comodidad de sus domicilios a pesar de que se les indico que esta estrategia se realizaría en años posteriores. Solo el 15% preferiría la actividad en el Centro de Salud y el 10% en centro comunal

La investigación elaborada por Remuzgo, realizado en Lima (2003), se analizó el “Nivel de Satisfacción del paciente Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Se determinó el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto de los cuidados que recibe de la enfermera en el servicio de geriatría. De los resultados se llegó a la conclusión que el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de geriatría, siendo más bajo la dimensión calidez respecto a la

dimensión calidad. En la dimensión de calidad respecto al indicador cuidados oportunos, se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la información sobre las normas hospitalarias cuando ingresó el paciente al servicio y satisfacción media respecto a la atención inmediata cuando el paciente lo solicita y la ayuda para expresar sus problemas psicosociales

Tabla 25: Distribución de los adultos mayores según el componente grupo de personas y sexo sobre la prevención y manejo de factores de riesgo en el adulto mayor. Consultorios 26 A Y 26 B del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

Grupo de personas	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
2 a 5 personas	16	64,0	24	68,6	40	66,7
6 a 10 personas	7	28,0	7	20,0	14	23,3
11 a 15 personas	1	4,0	2	5,7	3	5,0
16 a 20 personas	1	4,0	2	5,7	3	5,0
Total	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Prevalece un 66,7% de adultos mayores que prefieren tener charlas de un grupo de 2 a 5 personas y un 23,3% desean tener las charlas de un grupo de 6 a 10 personas, del 5% desean tener las charlas de 11 a 15 personas y de 16 a 20 personas.

CONCLUSIONES

- Se recabó información y predominó el sexo femenino, estado civil soltero(a), raza mestiza, la mayor parte de la población con ingreso económico adecuado, la mayoría de los pacientes terminaron la primaria, ocupación quehaceres del hogar y la religión es católica.
- En cuanto a los factores de riesgo biológico, psicológico y social, la mayoría de la población de estudio tiene dificultad visual y pocos presentan dificultad auditiva, más de la mitad no presentan dificultad en la movilidad de las piernas, la mayoría no presentaron pérdida de peso, la mayoría de las personas no presentaron pérdida de la memoria, la mayoría de los pacientes no presentaron tristeza, la mayoría se bañan solos y salen de compras solos, la mayoría vive en compañía, más de la mitad de la población encuestada no presentan depresión y la mayoría presentaron una aceptable situación social.
- Más de la mitad de la población de estudio prefieren charlas como tipo de actividad para recibir educación sobre cuidados de adultos mayores, con un horario matutino, con un tiempo de duración de 15 minutos, frecuencia una vez al mes, de preferencia en el lugar del domicilio y con un grupo de 2 a 5 persona. Al realizarle las preguntas del último objetivo contestaron con cierto temor por la pandemia del COVID 19.
- A pesar de esto, los adultos mayores continúan con una mirada hacia el futuro, creando conciencia del mundo actual, participando en él de manera activa y compartiendo su experiencia y conocimientos en cada labor que realiza. Es necesario considerar que lo esencial es mantener al adulto mayor en participación, en lo físico y psicológico, evitar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia.

VALORACIÓN CRÍTICA

El estudio proporciona información estadística no esperada ya que debido a la pandemia del COVID-19 no colaboraron todos los adultos mayores a los cuales se les brindaba atención médica en el consultorio 26 del centro de salud de Pascuales en el año 2021, es de vital importancia la valoración geriátrica integral del adulto mayor, además es importante el apoyo familiar de los integrantes de la familia que conviven con el adulto mayor ya que mejoraría la calidad de vida de este grupo etario. Durante la recolección de la información se encontraron limitaciones para el proceso de estudio, ya que algunos de los adultos mayores no se encontraban en casa porque debido a la pandemia del COVID-19 otros familiares (hijos) se llevaron a los adultos mayores a otros domicilios, otros fallecieron, dificultando su desarrollo.

REFERENCIAS

1. OCEANO. Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY Barcelona: OCEANO.
2. Caballero J. Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. Informe. Bilbao: Universidad de Oviedo, Ciencias Médicas - Medicina Familiar y Comunitaria; 2020.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud Suiza: OMS; 2015.
4. Sada I, Gorocica P, Lascurain R. Aspectos inmunológicos del envejecimiento. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2004 diciembre; 17(4).
5. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Normas Técnicas para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores. In MIES.. Quito; 2019. p. 204.
6. Alvarado García A, Salazar Maya Á. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos. 2016 diciembre; 27(4).
7. Rímoli Schmidt M. Trabajo social en el campo gerontológico. Trabajo de campo. San Justo: Universidad Nacional de La Matanza; 2019.
8. Consejo Nacional Gerontológico. Identificación de Situaciones de Riesgo para el Adulto Mayor Autónomo en Viviendas ofrecidas por el Estado de Chile. Propuestas para su rediseño. Conferencia. México: Consejo Nacional Gerontológico; 2010.
9. CEPAL. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Población y Desarrollo. 2000.
10. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría; 2017.
11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2021 octubre 19. Available from:

- <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-aging-es.html>.
12. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Inclusión Ecuador. [Online].; 2021 [cited 2021 diciembre 22. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
 13. Alvarado R. Epidemiología e impacto sanitario del paciente adulto mayor hospitalizado. In Congreso Geriátrica; 2015; Santiago de Chile. p. 43.
 14. Alvarado A. Análisis del concepto de envejecimiento. GEROKOMOS. 2014; 25(2).
 15. Palabra Nueva. El envejecimiento y la vejez. Revista de la Arquidiócesis de la Habana. 2009 junio;(186).
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención primaria de salud para el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina Interna. 2008 Mar; 2(14).
 17. Metchnikoff E. Historia de la Medicina. [Online].; 2019 [cited 2020 agosto 7. Available from: <https://www.historiadelamedicina.org/metchnikoff.html>
 18. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los Adultos mayores: Una visión compartida Quintero M, editor. Washington, D.C.; 2011.
 19. Bautista Jiménez S. Prevención de enfermedades en el adulto mayor. programa educativo para familiares del centro gerontológico cantón Mera. Provincia Pastaza. 2014. Tesis. Riobamba: Universidad Superior Politécnica Chimborazo, Salud Pública; 2014.
 20. Montenegro L, Salazar C, De la Puente C, Gómez A. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Médica Perú. 2009.
 21. Rodríguez M. Metodologías de la Investigación. [Online].; 2009 [cited 2020 agosto 15. Available from: <https://metodologiasdelainvestigacion.wordpress.com/2010/11/19/estrategias-de-intervencion-algunos-aspectos-metodologicos-y-epistemologicos/>.

22. Ministerio de Salud Pública. Guías clínicas geronto -geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Guía. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2008.
23. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Provincias que tienen mayor capacidad de adultos mayores. In MIES. Agenda de igualdad para adultos mayores. Quito; 2012-2013. p. 96.
24. González V. Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. Transformación. 2018 ene-abr; 14(1).
25. INAPAM. Situación de las personas adultas mayores en México. Boletín. Instituto Nacional de las Mujeres, Dirección de Estadística; 2015.
26. Guerrero N, Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Artículo científico. Pasto: Universidad de Nariño, Grupo de Investigación Salud Pública; 2015.
27. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Acosta I, Sosa A, Gutiérrez L, et al. Salud y estado funcional de los adultos mayores. Salud Pública de México. 2013; 55(2).
28. Salazar Uribe JC. Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador (Estudio FARYPDEA). Revista de la Facultad de las Ciencias Médicas. 2012; 37(1).
29. Tapia C, Valdivia Y, Varela H, Carmona A, Iturra V, Jorquera M. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. Rev Med Chile. 2015; 143(459-466).
30. Cruz L. Percepción del Adulto Mayor Sobre La Atención a enfermedades Crónicas no transmisibles recibida en el Centro de Salud “Pedro Altamirano”, Managua, III Trimestre 2015. Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Enfermería; 2016.
31. García López L. Calidad de vida percibida por adultos mayores. Revista Electrónica Medimay. 2020 ene-mar; 27(1).
32. Allan N. Cambios en la ocupación de adultos mayores recientemente

- jubilados. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2005 noviembre;(5).
33. Román-Sánchez Y, Montoya-Arce B, Robles-Linares S, Lozano-Keymolen D. Los adultos mayores y su retiro del mercado laboral en México. Sociedad & Economía. 2019 marzo;(37).
 34. Bueno Sánchez E, Diniz Alves J. Pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas. Río de Janeiro, Brasil: Asociación Latinoamericana de Población; 2008.
 35. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz A, Gutiérrez-Robledo L, et al. Condiciones de salud y su estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública México. 2018 septiembre; 55.
 36. Ministerio de Salud Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Encuesta. Ministerio de Salud; 2017.
 37. Gómez-Conte R, Cases-Jordán C. Plan de cuidados para pacientes con depresión: a propósito de un caso. Ene de Enfermería. 2020; 14(3).

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los adultos mayores que son atendidos en el centro de salud de Pascuales, consultorios 26 A y 26 B y que se les invita a participar en la investigación sobre estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores , aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Yo, Cecilia del Rocio Suárez Domínguez, Posgradista de medicina familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales le voy a dar información e invitarle a participar de forma voluntaria de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor, pregúnteme si tiene dudas y usted puede negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a los cuales de otro modo tendría derecho. Los factores de riesgo en el adulto mayor puede causar algunas enfermedades y por eso se debe detectar a tiempo para prevenirlos y evitar estas complicaciones. Al prevenir los factores de riesgo en el adulto mayor obtenemos una mejor calidad de vida. Esto no es una consulta médica de rutina y usted tiene derecho a consultar sus datos clínicamente relevantes obtenidos durante el estudio. Se tomarán medidas para asegurar el respeto a la privacidad de los participantes, así como a la confidencialidad de los registros en los cuales se identifique a los participantes.

Yo, _____ con
C.I. _____ he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en el diseño de una estrategia educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores. He recibido la información de la dra. Cecilia del Rocio Suárez Domínguez Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0912847993 y número de teléfono 0994530520. Declaro que he recibido la

información sobre la investigación y acepto participar en ella.

Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.

1. La investigación consistirá en aplicación de una serie de preguntas, mediciones.
2. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 60 minutos.
3. Conozco la consecuencia de los procedimientos de la investigación.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.
5. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
6. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas la respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha: _____

Anexo 2 Encuesta

N° DE FICHA _____

Esta encuesta tiene como propósito recabar información para identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales del adulto mayor, los cuales nos van a servir para utilizar el diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del centro de Salud de Pascuales. Consta de una serie de preguntas. Estos datos son de confidencialidad. Por favor, responda las siguientes preguntas:

Nombre(s) y apellido(s): _____

1) ¿Qué edad tiene usted? _____ Años

2) ¿Cuál es su sexo biológico? (marcar con una X)

a) Masculino ()

b) Femenino ()

3) ¿Cuál es su estado civil? (marcar con una X)

a) Soltero (a) ()

b) Unión libre ()

c) Casado(a) ()

d) Viudo (a) ()

e) Separado (a) ()

f) Divorciado(a) ()

4) ¿Cómo se identifica usted desde el punto de vista étnico? (marcar con X)

a) Indígena ()

b) Afroecuatoriano (a) ()

c) Negro (a) ()

d) Mulato (a) ()

e) Montubio (a) ()

f) Mestizo (a) ()

- g) Blanco(a) ()
- h) Otra ()

5) Responda lo siguiente:

¿Cuál es el ingreso total familiar? _____

¿Cuántas personas viven en la casa? _____

6) ¿Cuál es su escolaridad? (marcar con una X)

- a) Ninguna ()
- b) primaria sin terminar ()
- c) Primaria terminada ()
- d) Secundaria completa ()
- c) Universitaria terminada ()
- d) Postgrado (Especialidad, maestría, doctorado) ()

7) ¿Cuál es su ocupación? (marcar con una X)

- a) Empleado(a) público (a) ()
- b) Empleado(a) privado(a) ()
- c) Cuenta propia ()
- d) Ama de casa ()
- e) Trabajador(a) no remunerada ()
- g) Jubilado(a) ()
- h) Desempleado (a) ()
- i) Otra ()

8) ¿Cuál es su religión? (marcar con una X)

- a) Católica ()
- b) Evangélica ()
- c) Ninguna ()
- d) Otra ()

9) ¿Usted tiene dificultad visual?

- a) Si _____

- b) No _____
- 10) ¿Usted tiene dificultad auditiva?
- a) Si _____
- b) No _____
- 11) ¿Usted tiene dificultad en mover las piernas?
- a) Si _____
- b) No _____
- 12) Usted presenta pérdida involuntaria de orina (o se orina)
- a) Si _____
- b) No _____
- 13) Usted ha presentado pérdida de peso mayor de 4.5 Kg (9.9 libras) en 6 meses
- a) Si _____
- b) No _____
- 14) Usted ha presentado pérdida de memoria (o se olvida de las cosas)
- a) Si _____
- b) No _____
- 15) ¿Usted se siente triste o deprimido?
- a) Si _____
- b) No _____
- 16) ¿Usted puede bañarse solo?
- a) Si _____
- b) No _____
- 17) ¿Usted sale de compras solo?
- a) Si _____
- b) No _____

18) ¿Usted vive solo?

a) Si _____

b) No _____

19) Por favor responda a esta escala de 15 preguntas para saber si usted presenta Depresión. (Escala de Depresión Geriátrica Yesavage modificada). Encierre con un círculo.

		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO /A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?	1	0
3	¿NOTA QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/ A?	1	0
5	¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?	0	1
6	¿TIENE MIEDO DE QUE LE PASE ALGO MALO?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/ A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA EN LUGAR DE SALIR Y HACER COSAS?	1	0
10	¿CREE QUE TIENE MÁS PROBLEMAS QUE LA MAYORIA DE LA GENTE?	1	0
11	¿CREE QUE VIVIR ES MARAVILLOSO?	0	1
12	¿LE ES DIFICIL PONER EN MARCHA PROYECTOS NUEVOS?	1	0
13	¿SE ENCUENTRA LLENO DE ENERGIA?	0	1
14	¿CREE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE LOS OTROS ESTÁN MEJOR QUE USTED?	1	0

Puntaje: _____

20) Por favor responda a las siguientes preguntas para saber su riesgo social (Escala de valoración social Guijón)

SITUACIÓN FAMILIAR		
1	Vive con familia y/ o pareja sin conflicto	
2	Vive con pareja de similar edad	
3	Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/u otros pero no pueden o no quieren atenderlo	
4	Vive solo, hijos y/ o familiares próximos que no cubre todas las necesidades	
5	Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES		
1	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	
2	Solo se relaciona con familia / vecinos / otros, sale de casa	
3	Solo se relaciona con familia, sale de casa	
4	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 semana)	
5	No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana)	
APOYO RED SOCIAL		
1	No recibe ningún apoyo	
2	Recibe apoyo de la familia y / o vecinos	
3	Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador / a familiar, vive en residencia, etc.)	
4	Tiene soporte social, pero es insuficiente	
5	No tiene soporte social y lo necesita	

Puntaje: _____

21) ¿Por medio de qué tipo actividad usted desea recibir la información sobre prevención y factores de riesgo del adulto mayor por? (Marcar con una X)

- a) Charlas ()
- b) Videos ()
- c) Actividades lúdicas ()
- d) Teleconferencia ()

22) ¿A qué hora le gustaría recibir la información educativa sobre la prevención y factores de riesgo del adulto mayor (Marcar con una X)

a) mañana ()

b) tarde ()

c) noche ()

23) ¿Con cuánto tiempo Ud. considera que dispone para recibir la información? (marcar con una X)

a) 15 minutos ()

b) 30 minutos ()

c) 45 minutos ()

24) ¿Con que frecuencia Ud podría recibir la información sobre prevención y factores de riesgo del adulto mayor? (Marcar con una X)

a) 1 vez por semana ()

b) 1 vez cada 15 días ()

c) 1 vez al mes ()

25) ¿En qué lugar le gustaría recibir la información sobre prevención y factores de riesgo del adulto mayor? (marcar con una X)

a) En su domicilio ()

b) En el centro comunal ()

c) En el centro de salud ()

26) ¿Para realizar las actividades sobre prevención y factores de riesgo del adulto mayor usted desea que: (marcar con una X)

a) El número de personas sea de 2 - 5 personas ()

b) El número de personas sea de 6 - 10 personas ()

c) El número de personas sea de 11-15 personas ()

d) El número de personas sea de 16 -20 personas ()

Muchas gracias por su colaboración.

ESTRATEGIA EDUCATIVA

TEMA:

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR.

CENTRO DE SALUD: PASCUALES

AUTOR:

SUÁREZ DOMÍNGUEZ CECILIA DEL ROCÍO

DIRECTOR:

URGILÉS CARRIÓN BRENDA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021

Fundamentos.

En la elaboración de la investigación se fue describiendo a través de la encuesta realizada determinando los datos sociodemográficos y factores de riesgo biológicos, psicológicos, social del adulto mayor, realización del tamizaje rápido de las condiciones geriátricas, además se realizó escalas para determinar si presentan depresión y riesgo social, considerando que la población de estudio fueron 60 adultos mayores de ambos sexos del consultorio 26 A y 26 B del centro de salud de Pascuales durante el primer semestre del año 2021.

Los resultados fueron tabulados a través del paquete estadístico SPSS versión 22, en este análisis descriptivo se obtuvieron los siguientes datos el: el 35% de adultos mayores tienen edades entre 65 a 69 años de edad; el 58,33% fueron de sexo femenino; un 46,67% se mantienen solteros; el 98,3%

se considera mestizo; el 85% percibe un ingreso económico adecuado; el 50% presento un nivel de instrucción primaria terminada; el 50% tiene la ocupación como ama de casa; el 83,3% su religión es católica; el 63,3% posee dificultad visual: el 63,3% no presentan dificultad auditiva; el 65% no presenta dificultad en la movilidad de las piernas ; ningún paciente presenta perdida involuntaria de orina, 90% no han perdido peso; el 91,7% no ha presentado perdida de la memoria reciente ;el 55% no presentaron tristeza; el 88,3% se bañan solos; 76,7% salen de compras solo; el 88,3% viven acompañados; el 66.7% de los adultos mayores no presentaron depresión; el 78,3% presentan aceptable situación social; 66,7% prefieren el tipo de actividad por charlas; el 70 % prefieren que la actividad sea en el horario de la mañana; el 56,7% prefieren que el tiempo de la actividad sea de 15 minutos; el 48,3% prefieren que estas sean una vez al mes; el 75% prefieren que estas charlas sean en el domicilio; el 66,7% prefiere que sea en grupos de 2 a 5 personas. Conclusiones: Es necesario considerar que lo esencial es mantener al adulto mayor en participación activa, en lo físico y psicológico, evitar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia.

Al conocer sobre los factores de riesgo expuestos en el grupo de estudio se plantea prevenir y disminuir los factores de riesgo en el adulto mayor por medio de conocimiento sobre prevención de los problemas de salud y sus determinantes.

Por lo antes expuesto se ve la necesidad de diseñar una estrategia educativa que aporte a los adultos mayores con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

La estrategia tiene una duración de 24 horas separadas en los diferentes temas a tratar en cada charla que será presentada a los adultos mayores.

Las actividades se iniciaran el 6 de Diciembre del 2021 y la última actividad se culmina el 6 de Mayo del 2022

Planeación Estratégica

Las actividades planteadas son capacitaciones que se realizarán en el domicilio de los adultos mayores en la Parroquia de Pascuales aplicando el tipo de actividad de charla con los siguientes temas:

Cabe indicar que previo a cada charla se realizará un test inicial.

1. Tema 1: El envejecimiento.

1.1. : El envejecimiento.

Actividad: Charla sobre promoción de salud hacia un envejecimiento activo

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 a.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Papelógrafo.

1.2. : Cambios biológicos relacionados con la edad.

Actividad: Cambios en el sistema sensorial.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 a.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Trípticos.

1.3. : Enfermedades en el adulto mayor.

Actividad: Charla sobre prevención de enfermedad en el adulto mayor.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 a.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Infocus, equipo de cómputo.

2. Tema 2: Prevención en el adulto mayor

2.1. : Prevención en el adulto mayor.

Actividad: Charla sobre prevención primaria, secundaria y cuaternaria en el adulto mayor

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 a.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Trípticos, impresiones.

2.2. : Caídas.

Actividad: Charla sobre prevención de caídas en el adulto mayor.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 p.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Infocus, equipo de cómputo

3. Tema 3: Fragilidad

3.1. : Fragilidad.

Actividad: Charla sobre prevención de fragilidad en el adulto mayor. .

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 p.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: papelógrafos.

3.2. : Cuidados en el adulto mayor.

Actividad: Charla sobre el autocuidado en el adulto mayor.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 p.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Trípticos, papelógrafos.

3.3. : Prevención de complicaciones.

Actividad: Charla sobre prevención de complicaciones iatrogénicas.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Domicilio Familia XX

Horario: 09:00 a.m. y 09:15 p.m.

Número de participantes: 5

Responsable: Dra. Cecilia Suárez Domínguez.

Recursos Materiales: Trípticos, infocus, equipo de cómputo.

Implementación de la estrategia.

Por la cantidad de persona detalladas en el estudio encuesta, se determinaron 12 grupos de 5 personas cada una, las charlas serán impartidas durante el tiempo de 15 minutos, en el domicilio del adulto mayor previo acuerdo y en horarios de la mañana, esto valiéndonos de los datos obtenidos durante la encuesta.

Se estima una duración total de 120 horas repartidas en aproximadamente 5 meses, manteniendo como responsable a la Dra. Cecilia del Rocío Suárez Domínguez y con la participación de las integrantes de los grupos definidos, en el siguiente cronograma.

Evaluación de la estrategia.

Se utilizará un indicador de desempeño para el expositor y otro para detallar el nivel de aprendizaje en cada uno de los participantes, esto con una simple encuesta al final de cada charla, esto partiendo que se requiere llegar a una calificación de 10/10 para el expositor y una de mínimo 8,5 sobre 10 los participantes de la charla en mención.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Suárez Domínguez Cecilia Del Rocío, con C.C: # 0912847993 autora del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. 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**

Nombre: Suárez Domínguez Cecilia Del Rocío

C.C.: 0912847993



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención y manejo de factores de riesgo en adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.		
AUTOR(ES)	Dra. Cecilia Del Rocío Suárez Domínguez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Brenda Yesqueny Urgiles Carrión		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Interna; Geriatría		
PALABRAS CLAVES:	Adulto Mayor, Valoración Geriátrica, Estrategia educativa		
<p>Antecedentes: Estudio que diseña una estrategia de intervención educativa para mostrar cómo prevenir y reducir los factores de riesgo en adultos mayores, debido al incremento de vulnerabilidad que limita su desarrollo sociocultural. Métodos: Estudio descriptivo. A través de una encuesta y escalas se recolecta la información de adultos mayores de ambos sexos de los consultorios 26A y 26B del Centro de Salud Pascuales. Resultados: el 35% de adultos mayores tienen edades entre 65 a 69 años, el 58,33% son sexo femenino, 46,67% se mantienen solteros, 98,3% predomina la etnia mestizo, 85% percibe un ingreso económico adecuado, el 50% ha terminado la primaria, el 50% predomina la ocupación ama de casa, el 83,3% es de religión católica, el 63,3% predomina la dificultad visual, el 63,3% no presenta dificultad auditiva, 65% no presentaron dificultad en la movilidad de las pierna, ninguna persona presento perdida involuntaria de la orina, 90% no ha perdido peso, el 91,7% no presentaron perdida de la memoria, el 55% no presentaron tristeza, 88,3% se bañan solos, el 76,7% predomina el salir de compras solos, 88,3% viven acompañados, 66,7% no presentaron depresión, 78,3% predominó aceptable situación social, 66,7% predomino el tipo de actividad por charlas, el 70% predominó el horario en la mañana, el 56,7% prefieren 15 minutos de actividades, 48,3% predominó la charla una vez al mes, el 75% predominó que las charlas sean en el domicilio, el 66,7% predomino de que el grupos sea de 2 a 5 personas. Conclusiones: Es necesario considerar que lo esencial es mantener al adulto mayor en participación, en lo físico y psicológico, evitar complicaciones del envejecimiento patológico que se expresa en estado de fragilidad y dependencia.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994530520	E-mail: ceci.cd69@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN COORDINADOR DEL PROCESO):	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	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:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			