



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES
PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA
FASE I”**

Requisito previo para optar por Título de Médico.

Autor: Tubón Sarmiento, Jonathan Andrés

Tutor: Dr. León Baryolo, Lenier Pablo

Ambato – Ecuador

Octubre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA FASE I” de Jonathan Andrés Tubón Sarmiento, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2018.

EL TUTOR

.....

Dr. León Baryolo, Lenier Pablo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA FASE I**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2018

EL AUTOR

.....
Tubón Sarmiento, Jonathan Andrés

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Trabajo de Investigación o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Trabajo de Investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este documento, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Septiembre de 2018

EL AUTOR

.....

Tubón Sarmiento, Jonathan Andrés

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Investigación sobre el tema: **“VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA FASE I”** de Jonathan Andrés Tubón Sarmiento estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre de 2018

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1ER VOCAL

.....
2DO VOCAL

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	vi
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTO	x
RESUMEN	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPÍTULO II.	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 ESTADO DEL ARTE	6
2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO	10
CAPÍTULO III.	23
MARCO METODOLÓGICO	23
CAPÍTULO IV.	28
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	28
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	28
4.1.1 Características de la población	28
4.1.2 Distribución de Adultos mayores según sexo	28
4.1.3 Distribución de adultos mayores según grupos de edad.....	28
4.1.4 Valoración Geriátrica Integral	29
4.1.4.1 Valoración de la esfera clínica	29
Examen Físico de ojos	34

Examen Físico de oídos	34
Examen Físico de boca	35
Examen Físico respiratorio.....	35
Examen Físico de abdomen	36
Examen Físico de miembros superiores	37
Examen Físico de miembros inferiores	37
4.1.5.2 Valoración de la esfera funcional.....	38
4.1.5.3 Valoración de la esfera mental	39
4.1.5.4 Diagnósticos	39
4.2 MEDIDAS DE EDUCACIÓN PREVENTIVA IMPLEMENTADAS EN LA INVESTIGACIÓN	41
4.3 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO	47
CAPÍTULO V.....	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
5.1 CONCLUSIONES.....	51
5.2 RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS:.....	52
BIBLIOGRAFÍA:.....	52
LINKOGRAFÍA:	52
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA:	54
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO III.....	23
Tabla N°3.1 Indicador de impacto.....	24
Tabla N°3.2 Indicadores de logros	24
Tabla N°3.3 Indicadores de eficiencia.....	25
CAPÍTULO IV.....	28
Tabla N°4.1 Antecedentes personales.....	30
Tabla N°4.2 Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales.....	31
Tabla N°4.3 Revisión de aparatos y sistemas.....	33
Tabla N°4.4 Valoración de la funcionalidad	38
Tabla N°4.5 Valoración afectiva	39
Tabla N°4.6 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 1	42
Tabla N°4.7 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 2	44
Tabla N°4.8 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 3	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO IV.....	28
Gráfico N°4.1 Distribución de Adultos mayores según sexo	28
Gráfico N°4.2 Distribución de adultos mayores según grupos de edad	29
Gráfico N°4.3 Motivo de Consulta y Enfermedad Actual.....	30
Gráfico N°4.4 Medicamentos administrados.....	32
Gráfico N°4.5 Índice de masa corporal	34
Gráfico N°4.6 Examen Físico de ojos.....	34
Gráfico N°4.7 Examen Físico de oídos.....	35
Gráfico N°4.8 Examen Físico de boca	35
Gráfico N°4.9 Examen Físico respiratorio	36
Gráfico N°4.10 Examen Físico de abdomen.....	36
Gráfico N°4.11 Examen Físico de miembros superiores.....	37
Gráfico N°4.12 Examen Físico de miembros inferiores	37
Gráfico N°4.13 Riesgo de caídas	38
Gráfico N°4.14 Valoración cognitiva	39
Gráfico N°4.15 Diagnósticos	40
Gráfico N°4.16 Porcentaje de aceptación del Taller N° 1	43
Gráfico N°4.17 Porcentaje de aceptación del Taller N° 2	45
Gráfico N°4.14 Porcentaje de aceptación del Taller N° 3	47

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, quien hace posible todo esto gracias a sus bendiciones, las cuales me han permitido llegar a este momento tan importante en mi vida profesional, en especial por brindarme una familia única.

A mis padres Víctor y Lourdes las personas que más amo, quienes me han brindado su apoyo incondicional durante toda mi vida, me han enseñado a luchar día a día a pesar de las adversidades, son los más grandes testigos de todo el sacrificio que conlleva cumplir esta meta y su felicidad es mi más grande anhelo.

A Daniel y Carlos, mis hermanos, compañeros incondicionales en mi vida, inspiración en momentos difíciles, quienes siempre me ayudan a mirar al frente y seguir sin importar los obstáculos en el camino.

A toda mi familia por ser un pilar fundamental en mi formación y en mi vida, siempre han estado cuando lo he necesitado, son todos mi más grande orgullo.

A todos mis amigos y amigas que siempre están en momentos de felicidad o tristeza, brindan alegría a mi diario vivir.

Tubón Sarmiento Jonathan Andrés

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser la guía en este camino tan largo y difícil, me acompaña todos los días y me da fuerza para seguir adelante.

Agradezco infinitamente a mis padres por estar cuando más los necesito, por haberme educado durante toda mi vida, por ser un ejemplo a seguir y por saber que ellos me apoyaran toda la vida.

A mis hermanos que llenan mi vida de inspiración y deseos de ser mejor día a día, me enorgullecen siempre y me ayudan a seguir luchando por los alcanzar todas mis metas.

A mi familia, quienes me muestran su amor cada instante, y su apoyo siempre es incondicional, a pesar de las dificultades de la vida, ellos me han enseñado a luchar para salir adelante todos los días.

A mi mejor amiga Arlete López, por los innumerables momentos compartidos dentro y fuera de las aulas, por las alegrías y tristezas compartidas, por ser la persona con quien puedo hablar de la forma más sincera.

Al club deportivo “Estudiantes”, amigos de muchos años, por compartir juntos tantos momentos de alegría y tristeza.

A la Universidad Técnica de Ambato por acogerme como uno de sus estudiantes, hacerme parte de su prestigiosa familia y permitirme alcanzar este gran logro.

Al Hospital General Docente Ambato, por permitirme realizar el Internado Rotativo en su tan prestigiosa institución, gracias por todos los conocimientos y experiencias logradas.

Tubón Sarmiento Jonathan Andrés

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES
PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA
FASE I”**

Autor: Tubón Sarmiento, Jonathan Andrés
Tutor: Dr. León Baryolo, Lenier Pablo
Fecha: Septiembre de 2018

RESUMEN

Existe actualmente un aumento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de fecundidad, por lo cual la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente en comparación con cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

La investigación tuvo como objetivo la valoración integral de los adultos mayores residentes en el centro gerontológico San Jacinto ubicado en la parroquia Izamba atendidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado de esta parroquia y proponer una estrategia de intervención educativa dirigida al personal de salud y cuidadores primarios, para lograr un impacto de las acciones de salud preventivas en esta población, elevar su calidad de vida y estado de salud integral.

Para esto se contó con la participación de 29 adultos mayores, de sexo femenino, la recolección de datos se realizó mediante la observación, entrevistas, historias clínicas y escalas de valoración geriátrica. Las medidas de prevención se desarrollaron mediante la educación de los participantes y el personal encargado de su cuidado, implementando talleres informativos sobre temas relevantes, asociados a la situación actual de los adultos mayores que participaron en esta investigación. Los datos fueron procesados en Excel y expresados en gráficos y tablas con sus respectivos análisis de resultados.

Se concluye con respecto a la atención del adulto mayor la importancia de la evaluación desde el punto de vista clínico y la capacitación de medidas preventivas a la población adulta mayor perteneciente a la Asociación “San Jacinto de Izamba” para que puedan gozar de una salud óptima.

Es recomendable continuar con el seguimiento a este proyecto por parte de autoridades del GAD, así como también por parte de las autoridades pertinentes de la Universidad Técnica de Ambato de la Carrera de Medicina.

PALABRAS CLAVES: ADULTO MAYOR, ENVEJECIMIENTO, GRADO DE FUNCIONABILIDAD, ESTADO COGNITIVO, PREVENCIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"ASSESSMENT AND IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE ACTIVITIES
OF THE ELDERLY ADULT IN THE PARISH OF IZAMBA PHASE I"**

Author: Tubón Sarmiento, Jonathan Andrés

Directed by: Dr. León Baryolo, Lenier Pablo

Date: September 2018

SUMMARY

There is currently an increase in life expectancy and a decrease in the fertility rate, so that the proportion of people over 60 is increasing rapidly compared to any other age group in almost all countries. The aging of the population can be considered a success of public health policies and socio-economic development, but it also constitutes a challenge for society, which must adapt to this in order to improve the health and functional capacity of older people as well as their social participation and their security.

The objective of the research was the integral assessment of the elderly residents of the San Jacinto gerontological center located in the Izamba parish, assisted by the Autonomous Decentralized Government of this parish, and to propose an educational intervention strategy aimed at health personnel and primary caregivers achieve an impact of preventive health actions in this population, raise their quality of life and comprehensive health status.

For this, 29 older adults were involved, female, data collection was done through observation, interviews, clinical histories and geriatric assessment scales. The prevention measures were developed through the education of the participants and the personnel in charge of their care, implementing information workshops on relevant topics, associated with the current situation of the elderly who participated in this research. The data were processed in Excel and expressed in graphs and tables with their respective analysis of results.

The importance of the evaluation from the clinical point of view and the training of preventive measures for the elderly population belonging to the "San Jacinto de

Izamba" Association so that they can enjoy optimal health is concluded with respect to the care of the elderly.

It is advisable to continue with the follow-up of this project by authorities of the GAD, as well as by the pertinent authorities of the Technical University of Ambato of the Medicine Career.

KEYWORDS: ELDERLY, AGING, DEGREE OF FUNCTIONALITY, COGNITIVE STATUS, PREVENTION

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud en los adultos mayores va direccionado a mejorar y mantener la salud con un alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia funcional posible. Los últimos datos de la OMS indican que actualmente se vive más tiempo en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Existen unos 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo.

El aumento evidente en la esperanza de vida brinda la oportunidad que en esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, la salud constituye el factor principal para que los adultos mayores puedan gozar de un envejecimiento pleno. En cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas.

Por lo cual es necesario tener en cuenta el concepto de salud, para lo cual la OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Mientras tanto indica que la salud familiar está regida por la capacidad de mantener un adecuado funcionamiento, como una unidad social que comparte una cultura y forma parte de una sociedad, concepto que trasciende más allá que lo físico y mental en sus integrantes, sino que debe proporcionar un ambiente sano para un correcto desarrollo tanto en la sociedad como en el seno familiar.

Es necesario también conocer el término envejecimiento desde diferentes ámbitos, biológicamente, se considera como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, lo que lleva a un deterioro de las capacidades físicas y mentales y aumenta el riesgo de enfermedades.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con factores socioeconómicos, como la jubilación, traslado a instituciones de cuidado para adultos mayores, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, se decide realizar esta investigación, con la finalidad de conocer sobre la salud de los adultos mayores participantes y poder establecer de esta manera medidas de prevención que permitan a los mismos gozar de un mejor estado de salud en dependencia de su funcionalidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

VALORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE IZAMBA FASE I.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo existen 125 millones de personas con 80 años o más, para el año 2050, se estima un número de 434 millones de personas. Se incrementa rápidamente la pauta de envejecimiento de la población. Por otro lado, ese cambio de distribución en la población de un país hacia edades más avanzadas se inició en países con ingresos altos, los cambios más drásticos se aprecian en los países de ingresos altos y medianos. Según la OMS en 2015 manifiesta que a nivel mundial en la mayor parte de la población la esperanza de vida es igual o superior a los 60 años, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.^{18, 19}

El aumento de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto como por ejemplo emprender nuevas actividades, continuar con los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas hobbies. Además, contribuyen de manera positiva a sus familias y comunidades. No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida del factor salud.¹⁸

Las personas mayores pueden vivir con buena salud y en un entorno propicio de forma muy similar a una persona joven. En cambio sí están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son negativas.^{18, 19}

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, aumentan del riesgo de enfermedad y pueden llevar a la muerte. Pero es comúnmente aceptado que no siempre la edad biológica coincide con la edad cronológica. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros presentan síndromes de fragilidad y necesitaran cuidados especiales.^{18, 19, 21}

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial, se caracteriza también por

varios estados de salud complejos y comorbilidades, que suelen presentarse en las últimas etapas de la vida.^{18,19}

Dichos estados de salud se denominan síndromes geriátricos, consecuencia de múltiples factores subyacentes como fragilidad, incontinencia urinaria, estados delirantes, caídas y úlceras por presión. Las variaciones en la salud de las personas mayores se relacionan con factores genéticos, pero los entornos físicos y sociales son de igual manera muy relevantes, como por ejemplo las viviendas, el vecindario y las comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico, todos estos factores influyen en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana.¹⁸

Los hábitos saludables, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales que en la vejez reviste importancia. Mantener la masa muscular con entrenamiento y buena nutrición puede ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios como por ejemplo viviendas, transporte públicos seguros y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios que permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades.^{18,19}

Por todo ello, evaluar las acciones preventivas de enfermedades en el adulto mayor y desarrollar una estrategia educativa que permita elevar la calidad de vida, intensificar las acciones preventivas y evitar el maltrato en estas edades reviste particular importancia para el desarrollo de estos proyectos de vinculación con la sociedad de las universidades.^{18,19,21}

1.3 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un acontecimiento universal e inevitable, relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Lo cual conlleva a que hagan mayor uso de los servicios sociales y de salud, generando mayores gastos con el empleo de más recursos.

Por lo cual es importante establecer una conducta médica preventiva que a la cura de las enfermedades, lo cual reviste importancia trascendental para alcanzar niveles óptimos de salud en estos pacientes, para garantizar su autonomía, su participación social activa lo cual para el Sistema de Salud representa un ahorro de recursos y genera mayor eficiencia.^{14,26,28}

La presente investigación evalúa a través de indicadores las acciones preventivas realizadas en pacientes adultos mayores de San Jacinto de Izamba y a punto de partida de sus resultados se propone una estrategia educativa con vistas a elevar la calidad de vida y el estado de salud de dichos pacientes, lo cual tendrá un impacto positivo a nivel individual, comunitario, social y económico. Además garantizará una capacitación efectiva del personal de salud y cuidadores de dicha parroquia.

No se debe olvidar que el bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, los cuales deben satisfacer sus necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una importante relación en la aparición o no de enfermedades.^{14, 18, 19.}

La OMS, define a la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Esta definición ha sido cuestionada, ya que se considera como una situación ideal, difícilmente alcanzable por toda la población lo cual dificulta definir la salud en el adulto mayor. Se considera como sinónimo de capacidad funcional en su medio familiar y social, es por ello necesario promover la evaluación periódica de las capacidades que presenten para realizar las distintas actividades, para determinar el grado de dependencia que puedan desarrollar los adultos mayores a través de la aplicación de escalas validadas internacionalmente, que junto al examen clínico, permiten la evaluación integral de cada esfera.^{17, 18, 19}

La evaluación geriátrica integral es la máxima expresión de la aplicación del método clínico en los Adultos mayores, y en ellos, es el instrumento fundamental para la medición de la salud. Se define como la valoración y detección de carácter multidisciplinario e interdisciplinario del déficit y problemas en las esferas clínica-médica, funcional, mental y social, con el fin de conseguir un plan racional, exhaustivo e integrado de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.^{26, 28}

La atención debe ser diferenciada, especializada y continua para solucionar problemas que pueden llevar al desarrollo de una discapacidad. Permite formular objetivos de trabajo para solucionarlos, y genera un plan de cuidados, con la posterior evaluación de los resultados de la intervención programada.²⁶

Se espera lograr a través de ésta investigación en la parroquia de Izamba un impacto social positivo, el mismo que genere cambios de actitudes en la sociedad frente al adulto mayor, que se le considere como un ente biopsicosocial importante además de generar en la población una mentalidad de prevención de enfermedades y en el caso de la población con una patología lograr un control adecuado de la misma con la finalidad de que los adultos mayores tengan un estilo de vida con el mayor bienestar posible.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar el estado clínico, funcional y proponer una estrategia de intervención educativa dirigida a los adultos mayores, personal de salud y cuidadores primarios del club del adulto mayor de San Jacinto ubicado en la parroquia Izamba, para lograr un impacto de las acciones de salud preventivas en esta población, elevar su calidad de vida y estado de salud integral.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población anciana perteneciente al club del Adulto Mayor “San Jacinto” de la parroquia Izamba.
- Identificar el grado de funcionalidad, de los adultos mayores pertenecientes a dicho club geriátrico.
- Promoción y prevención en salud del Adulto Mayor perteneciente al club del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba” de la parroquia Izamba.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

Con la mejoría del estado socioeconómico y la atención de salud en un país se evidencia una repercusión positiva sobre la expectativa de vida y por este motivo la pirámide poblacional comienza a invertirse y se incrementa la demanda de recursos para la atención a estos grupos poblacionales.

Si logramos establecer una sistemática de acciones preventivas en esta población, esto podrá tener un impacto positivo en la reducción de la incidencia de algunos síndromes geriátricos lo cual redundará en estándares superiores del estado de salud de estos ancianos, mejoría de su calidad de vida, participación social activa efectiva, repercusión positiva en la familia, la comunidad, la sociedad y desde el punto de vista económico pudiera representar un ahorro significativo de recursos y un uso racional de los mismos en el sector salud.

Jhon Fredy Ramírez Villada en su artículo “PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR DESDE UNA PERSPECTIVA INVESTIGATIVA INTEGRADORA” manifiesta fisiología del envejecimiento, es un gran reto de investigación, al igual que la intervención que permitan mantener la independencia del adulto mayor. El problema es la deshumanidad de quien investiga.

Investigar aporta conocimientos que contribuyen las estrategias que promueven la salud al igual que la prevención de la enfermedad, pero esto no puede quedarse en la simple explicación de la enfermedad, sino también debe permitir el fortalecimiento de los aspectos sociales y culturales, superar las enfermedades que afectan los estados de tranquilidad, alegría y pleno desarrollo biológico, psicológico y social, con la finalidad de poder identificar los aspectos que disminuyen su calidad de vida e intervenir para poder modificarlos.

El estudio de los problemas que aquejan a los hombres no puede partir de una mirada separatista y fraccionada, ya que existe una cadena de procesos mentales, físicos, emocionales, espirituales, entre otros, que alteran el equilibrio interno y externo del individuo, así como su capacidad social y cultural. En este sentido, el conocimiento de una parte de la realidad del individuo pierde su valor y divaga en la especulación, en la medida que no levanta la mirada a los demás factores que dan esencia de humanidad al organismo estudiado, así como a los grupos de los cuales hace parte ese ente viviente. Lo mencionado argumenta la importancia de fortalecer los paradigmas complementarios o mixtos, como estrategia para estudiar al hombre y su contexto social y cultural desde una aproximación más apropiada.²³

Mena, en su estudio “EFICACIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONOCIMIENTOS DE CUIDADORES PARA PREVENIR EL MALTRATO DEL ADULTO MAYOR” fundamenta que en la actualidad, se ha producido un aumento

considerable en la duración media de la vida, provocando incremento numérico de ancianos, causando desafíos médicos, sociales, económicos y éticos.

El maltrato sobre el adulto mayor provoca daño afectivo, físico o psicológico para la salud o bienestar, provocado por el desconocimiento sobre el tema, lo que demuestra la poca preparación para enfrentar la vejez. Las personas que componen la importante estructura familiar son, heterogéneas; el adulto mayor ocupa un lugar junto con el resto de los miembros, quienes interactúan de las más disímiles maneras y no siempre con el adecuado control y conocimiento de este grupo y sus características biopsicosociales.

Puede ocurrir dentro de la familia, también en centros especiales para adultos mayores o residencias de ancianos. Lo anteriormente expuesto fue el motivo para realizar esta investigación con el objetivo de evaluar aspectos que pudieran estar incidiendo en la calidad de vida de los ancianos de la parroquia Izamba con vistas a proponer una intervención educativa al personal de salud y cuidadores primarios para elevar la misma y prevenir el maltrato del adulto mayor.

Un estudio cuasi-experimental de tipo intervención educativa, realizado en el Consultorio Médico número 6, Policlínico Centro de Ciego de Ávila, Cuba, en el año 2014 incluyó a 100 personas que cohabitaban con algún adulto mayor, identificadas como cuidadores y que cumplieron con los criterios de inclusión: ser cuidador primario de adulto mayor, con condiciones intelectuales y psicofísicas y con disposición de participar en la intervención educativa.

En cuanto al nivel de conocimiento que poseían los cuidadores de adultos mayores respecto a los tipos de maltratos que se realizan dentro del seno familiar, se constató que antes de la intervención educativa el 77 % tenía conocimientos inadecuados; sin embargo, después de la intervención, el 100 % obtuvo calificación de adecuada, por cuanto comprendieron cuales eran las causas y los tipos de maltrato sobre los adultos mayores.

En cuanto al nivel de conocimiento general de los cuidadores sobre el manejo del adulto mayor, el 72 % poseía conocimientos insatisfactorios antes de la intervención, después de aplicada la intervención educativa se logra un resultado satisfactorio en el 92 %, con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) antes y después de la intervención. Lo anterior fundamenta la importancia de lograr identificar el maltrato intrafamiliar del adulto mayor y promover una atención individualizada desde el propio sistema de salud que permita una mejor calidad de vida del cuidador y del cuidado, lo cual se concreta fundamentalmente en un buen conocimiento de los cuidadores sobre el manejo del adulto mayor en general.

Se concluye que la intervención educativa para prevenir el maltrato del adulto mayor fue eficaz, al elevar el nivel de conocimientos en los cuidadores primarios. Los cuidadores se caracterizaron por un predominio del grupo de 40 a 49 años de edad, mujeres, escolaridad de secundaria básica, convivencia con sus familias y estado civil divorciados.¹⁷

La Dra. Rosario Guadalupe Hernández en su artículo “VULNERABILIDAD, PROTECCIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO”, manifiesta que actualmente se han agudizado las condiciones de vulnerabilidad de los grupos sociales más desprotegidos como son en este caso las personas adultas mayores en condiciones de soledad, abandono, discriminación, discapacidad, así como víctimas del maltrato en sus diversas expresiones o los riesgos asociados a la protección social. Observando las tendencias del incremento poblacional que registra cerca de 10.5 millones de adultos mayores en México, lo que representa 9.0%, es decir, casi 1 de cada 10 habitantes del país, por lo tanto, es evidente la demanda de la asistencia social.

En el año 2010, las entidades federativas con los mayores montos de población de 60 y más años de edad del país eran el estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Puebla, con un monto que va de poco más de 514 mil a 1.1 millones de habitantes. Las cinco entidades agrupan a 4.1 millones de adultos mayores, en otras palabras, poco más del 40.0% de dicha población. Asimismo, se observa que las mayores tasas de crecimiento promedio anual para el periodo 2000-2010 corresponden a Quintana Roo (6.8%), Baja California Sur (5.3%), Baja California (5.0 por ciento); y en menor medida, Querétaro, Chiapas y el estado de México.

Con respecto a esta hipótesis de la vulnerabilidad y carencias de desarrollo, Cardona, propone los siguientes factores que la originan:

Fragilidad física o exposición: Se refiere a la situación de susceptibilidad que tiene el asentamiento humano de ser afectado o por estar, en áreas de influencia de fenómenos peligrosos y falta de resistencia física.

Fragilidad social: Es la predisposición que surge como resultado al nivel de marginalidad y segregación social de asentamientos humanos en condiciones de desventaja y debilidad relativa por factores socioeconómicos.

Falta de resiliencia: Es la limitación de acceso y movilidad de recursos del asentamiento humano, incapacidad de respuesta, así como deficiencias para absorber el impacto.

Por ejemplo, en México, con una población que oscila en los 10.5 millones de Adultos Mayores, 2.8 millones tienen alguna limitante en su actividad diaria, lo cual implica que éste grupo etario se observa muy desfavorecido y en algunas ocasiones cae en vulnerabilidad. Para poder contrarrestar el factor de vulnerabilidad, los gobiernos han empleado estrategias enfocadas en la asistencia social, que es un principio del Estado, pero no le es exclusiva, ni como función ni como obligación. Puesto que es un derecho para quien se encuentra en estado de necesidad o de vulnerabilidad.¹²

Cervantes, por su parte, en el artículo “ESTADO DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE UNA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL”, menciona que los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro

cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social.

Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención en la consulta clásica, donde cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma; todo ello dificulta el reconocimiento de diagnósticos.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud. Ante el reto de atender a un grupo poblacional cada vez mayor resulta indispensable conocer a este grupo, a partir de una valoración geriátrica integral. Se obtuvo como resultados que 42,3% presentó disminución visual, 27,7% auditiva, 68,3% incontinencia urinaria, 37,0% desnutrición, 54,7% polifarmacia; dimensión mental: 4,0% deterioro cognitivo grave y 11% depresión; dimensión funcional: 2,0% dependencia total de actividades básicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales; 29,0% alteración en la marcha; y 48,0% presentan recursos sociales medianamente deteriorados.

Concluyeron que el estado de salud en el adulto mayor que acude a atención primaria se caracteriza por pacientes independientes con diferente grado de alteraciones en la dimensión médica, bajo grado de alteración mental y recursos sociales medianamente deteriorados.⁸

Según Manrique-Espinoza, en su publicación “CONDICIONES DE SALUD Y ESTADO FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO” en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representan 9% del total de la población; su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. Este crecimiento es una muestra también del aumento en la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años para población en general y de 22 años para el grupo poblacional de 60 años o más. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es apenas de 65.8 años, lo que significa que en 10.6 años (de la esperanza de vida general) hay una carga de enfermedad y dependencia. Además, este aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los adultos mayores en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad.

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, incluyendo la demencia, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un incremento significativo en el costo de la atención a la salud. En este contexto de envejecimiento poblacional es imprescindible disponer de información pertinente para la generación del conocimiento y el análisis de las condiciones de salud, de modo que se puedan formular políticas y programas específicos para su cuidado y atención.

Para lo cual este estudio descriptivo usó una muestra de 8874 adultos mayores de 60 años o más con representatividad nacional. Se analizaron indicadores asociados con las principales condiciones de salud y del estado funcional, se reportan las principales prevalencias así como pruebas de diferencias de proporciones. Los principales padecimientos en esta población son la hipertensión (40%), diabetes (24%) e hipercolesterolemia (20%). Para los indicadores de salud mental, 17.6% presentó síntomas depresivos; 7.3%, deterioro cognitivo y, 7.9%, demencia. Para el estado funcional, 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6%, para actividades instrumentales.

Esto justifica la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en la vejez, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ellas. Se debe resaltar que los resultados de este estudio, eminentemente descriptivos, deben servir de base para el desarrollo de posteriores estudios sobre el envejecimiento, en el que se profundicen los temas que se abordaron, se planteen hipótesis de investigación sobre relaciones entre variables y se aporten elementos para la elaboración de políticas públicas para los adultos mayores en términos de salud y sus implicaciones socioeconómicas para la sociedad en general.¹⁶

2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO

Definición de adulto mayor

Término utilizado para referirse a personas que pertenecen a un grupo atareo que se caracterizan por tener más de 65 años de edad, por lo general se considera adultos mayores a las personas que solo alcanzan dicho rango de edad, son personas que la sociedad también los conoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. La OMS mencionan que las personas que se encuentran en las edades de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, mientras tanto las personas de 75 a 90 años son consideradas como viejas o ancianas y finalmente las que poseen una edad mayor de 60 años se las denomina de manera indistinta persona de la tercera edad.^{5, 10, 25}

El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso complejo con múltiples manifestaciones a nivel molecular, celular, orgánico y sistémico. Aun no se comprende del todo la naturaleza del proceso de envejecimiento, pero este y sus efectos pueden modularse con las intervenciones apropiadas. Las modificaciones dietéticas y genéticas pueden prolongar la vida sana, y evitar los trastornos en los sistemas de regulación y el fenotipo de envejecimiento en modelos de laboratorio.

Los mecanismos causantes de la ampliación de la vida son sensores “alimentarios”, casi siempre activados en situaciones con escasez de alimentos, como las vías del IGF/insulina y de TOR (blanco del rajamacana). Por consiguiente, la reducción en el consumo de alimento sin desnutrición prolonga la vida 10 a 50% en diversos organismos, desde levaduras hasta macacos.

Los mecanismos mediadores de los efectos de la restricción calórica son objeto de estudios intensivos porque son objetivos potenciales para intervenciones enfocadas en contrarrestar el surgimiento del fenotipo de envejecimiento y sus efectos adversos en los seres humanos. Por ejemplo, el resveratrol, un compuesto natural encontrado en la piel de las uvas que simula algunos de los efectos de la restricción dietética, aumenta la longevidad y mejora la salud cuando se le administra a ratones que reciben una dieta rica en grasas, pero tiene poco efecto en ratones con una dieta estándar. Otros compuestos que pueden simular la restricción calórica están en desarrollo y en fase de pruebas.

Se ha encontrado una elevada prevalencia de mutación en el gen de IGF-1 en los judíos asquenazíes centenarios y en personas longevas, lo que sugiere que la disminución de la señalización de IGF-1 podría fomentar la longevidad humana. Se demostró que la restricción calórica del 30% por 20 años aplicada a macacos adultos se relaciona con menor morbilidad cardiovascular y por cáncer, menores signos de envejecimiento y mayor longevidad, aunque un segundo estudio no observó aumento en la longevidad.

En seres humanos, la restricción dietética es eficaz contra la obesidad y reduce la resistencia a la insulina, la inflamación, presión sanguínea, proteína C reactiva y grosor de la íntima-media en las arterias carótidas. Sin embargo, los efectos beneficiosos de la restricción dietética en seres humanos aún son controversiales y no se han estudiado lo suficiente algunos efectos negativos potenciales.

Un efecto interesante de la restricción calórica en seres humanos es la biogénesis mitocondrial. La disfunción mitocondrial surgió como un importante contribuyente subyacente al envejecimiento. La expresión disminuida de los genes mitocondriales es un rasgo del envejecimiento muy conservado entre distintas especies. Es interesante, ya que las mitocondrias son los organelos que producen la energía química, y el cerebro y el músculo son muy susceptibles a los defectos en la función mitocondrial. Por tanto, el descenso en la función mitocondrial podría ser causa directa de al menos tres de los principales sistemas mal regulados que contribuyen al fenotipo del envejecimiento.^{3,6}

Ley que ampara al Adulto Mayor

El Plan Nacional del Buen Vivir contempla las potencialidades de desarrollo de las acciones preventivas para elevar los estándares de salud en la población.

La Constitución del Ecuador suscrita en el año 2008 refrenda los derechos de los adultos mayores:

Capítulo tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia

doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera Adultas y adultos mayores.

Art. 36.- 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 de edad.

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.⁹

Las patologías más frecuentes en el adulto mayor son:

Accidente Cerebro Vascular (Ictus):

Es una enfermedad cerebrovascular que se produce cuando un vaso sanguíneo que conduce sangre al cerebro se rompe o es tapado por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que el órgano se deteriore y no funcione. Por esto, los adultos mayores pueden quedar paralizados total o parcialmente, incluso fallecer en pocos minutos.

Alzheimer:

Consiste en la pérdida progresiva de la memoria debido al deterioro del cerebro, donde las células nerviosas mueren lo que produce que varias zonas del cerebro se atrofien. Por tal motivo es considerada una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, dicha enfermedad inclusive puede aparecer a los 60 años. Además se considera que el Alzheimer es una enfermedad incurable y se intenta buscar una cura a corto plazo.

Artritis:

Es una inflamación presente en las articulaciones que aparecen de diversas maneras, siendo las inflamatorias las más comunes. En ciertas ocasiones además pueden presentarse una hinchazón articular. Por ejemplo la artritis reumatoide una de las comunes empieza en la edad adulta, y trabajos recientes han puesto de manifiesto que la frecuencia de esta entidad es de aproximadamente de 1%, aunque con algunas particularidades: la incidencia en varones aumenta a medida que avanza la edad y por debajo de los 45 años no es frecuente; en cambio, la incidencia en mujeres aumenta hasta los 45 años, se eleva a los 75 años y desciende en edades avanzadas.

Las diferencias entre la artritis reumatoide del anciano y la del joven pueden explicarse a través de dos hipótesis: que se trate de la misma enfermedad pero tiene un curso diferente debido a la modificación de la patología por la edad, y que la artritis

reumatoide del anciano no es solo una enfermedad sino un grupo de enfermedades heterogéneas de patogenia distinta. ^{1,3}

Artrosis:

Es una enfermedad donde el cartílago articular sufre una degeneración por el paso de los años, viéndose afectada la parte motriz y 18 dolor articular en los movimientos. Cuando una persona llega a los 75 años de edad generalmente la mayoría de ellas presenta artrosis en alguna articulación. Cabe señalar que la presente enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, dentro de los aspectos predisponentes para contraer la enfermedad es la edad, la obesidad y la falta de ejercicio. Aunque en la mayoría de los casos no se da una causa conocida, existen una serie de factores de riesgo conocidos para el desarrollo de artrosis como son la edad o la obesidad en el caso de la artrosis de rodilla.

Como se ha comentado, la presencia de artrosis está fuertemente relacionada con la edad. Tradicionalmente la artrosis se ha dividido en dos tipos: la artrosis idiopática o primaria que es la forma más habitual, no existe aparentemente ningún factor predisponente y la causa del progresivo deterioro del cartílago y la articulación es desconocida y en la artrosis secundaria es identificable una alteración previa de la articulación, algunas de sus varias causas son los traumatismos previos, los traumatismos repetidos o enfermedades congénitas previas de la articulación.

Su tratamiento tiene como objetivo mejorar la movilidad y la disminución del dolor a través de antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación, solamente en los casos graves se realiza una cirugía en la cual se sustituye las articulaciones por prótesis artificiales. ^{2,3}

Arterioesclerosis de las extremidades:

Se caracteriza por dolores en las piernas, hormigueos, úlceras e incluso gangrena en los pies en las personas adultas mayores. Es un síndrome donde se deposita e infiltra sustancias lipídicas (grasa), en las paredes de las arterias de mediano y grueso tamaño, provocando una reducción del flujo sanguíneo que causa daño a los nervios y otros tejidos.

Colelitiasis:

Es la causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico. La incidencia de colelitiasis aumenta con la edad (33% en los mayores de 70 años). Muchos de los signos y síntomas cardinales de la patología biliar grave están ausentes en este grupo de pacientes. La triada de Charcot (fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia) se observa en el 30% a 45% de los casos con colangitis avanzada.

La ecografía abdominal es el estudio inicial de elección frente a la sospecha de patología biliar. El tratamiento en el servicio de urgencia debe iniciarse en forma precoz, asegurando una adecuada reanimación con volumen, administrando antibióticos con cobertura para anaerobios y gram-negativos, todo esto mientras se hacen los preparativos para la resolución quirúrgica. ⁴

Colecistitis:

La colecistitis aguda litiásica es causada por la obstrucción del conducto cístico, lo que lleva a la distensión de la vesícula biliar, que al distenderse, la circulación sanguínea y el drenaje linfático se ven comprometidos, llevando a la isquemia de la mucosa y generando necrosis. En el caso de la colecistitis aguda alitiásica el mecanismo exacto no está claro, existen algunas teorías que postulan que la lesión puede ser el resultado de la retención de la bilis concentrada la cual podría ser nociva. Otros postulan que en casos de ayuno prolongado, la vesícula no recibe el estímulo de la colecistoquinina para vaciarse, por lo que la bilis concentrada permanece estancada en la vesícula generando los disturbios posteriores.⁴

Demencia:

Se caracteriza por la pérdida de la memoria y la capacidad de pensar, además existe deterioro en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, su aparición ocurre en la etapa adulta mayor, se calcula aproximadamente que en el mundo 47.5 millones de personas presentan demencia y se considera que en los próximos años la cifra aumentara a 75.6 millones en el 2030 y 135.5 millones en el 2050 donde la mayoría de los pacientes viven en países de bajos recursos.

La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por los altos costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.^{1, 3, 4, 28}

Demencia senil:

Se caracteriza porque el sujeto afectado va perdiendo muchas de sus capacidades psíquicas, especialmente las cognitivas. Aunque los actuales estudios médicos evidencian una minoría de cuadros de demencia senil a edades cronológicas relativamente tempranas. Algunos tipos de demencia son el Alzheimer, la enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia arterioesclerótica, enfermedad de Binswanger, entre otras.^{3, 4}

Depresión:

La depresión es un trastorno del estado de ánimo transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para 22 disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores.

En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas

como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que pone en alerta a los gobiernos de todo el mundo. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, el Ecuador, al igual que el resto de países de la región, afronta un paulatino aumento de la población de adultos mayores. Así lo demuestra el documento de indicadores básicos de esa área, correspondiente al 2012. Como consecuencia de este factor, el perfil epidemiológico actual está caracterizado por el incremento de las enfermedades no transmisibles (ENT).

Entre ellas, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer y las enfermedades pulmonares, que a la vez son también consideradas crónicas. Justamente, estas cuatro patologías son las principales causas de muerte de los ecuatorianos.^{1, 3, 28}

Desnutrición:

En ciertos casos los ancianos suelen perder el gusto por comer, derivando la carencia de comida en enfermedades seria como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina, etc.), desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica, entre otras.

Diabetes mellitus:

La diabetes se considera una enfermedad crónica altamente incapacitante que precisa valoración geriátrica integral y un plan de cuidados multidisciplinario para su correcto tratamiento en el anciano y lograr un buen estilo de vida en el paciente. Se ha descrito que la diabetes representa una forma acelerada de la disfunción que ocurre en el envejecimiento. Más del 40% de los diabéticos tienen más de 65 años, y se han descrito prevalencias del 14% en nonagenarios.

Un comité internacional de expertos recomendó el uso de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) como test diagnóstico de diabetes, con un punto de corte igual o superior al 6,5%, y la ADA afirmó esta decisión. Este test tiene ventajas sobre las pruebas empleadas con anterioridad, ya que no requiere sobrecarga de glucosa, presenta una gran estabilidad preanalítica y no se ve influida por las alteraciones del día a día, como el estrés o las enfermedades. En situaciones de anemia, como hemólisis o déficit de hierro, el diagnóstico de diabetes debe realizarse únicamente con criterios de glucemia.^{7, 13}

Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso:

La diarrea aguda infecciosa es un síndrome caracterizado por la inflamación o disfunción del intestino producida por un microorganismo o sus toxinas. Se caracteriza por la aparición de diarrea aguda (menos de 14 días), definida por la realización de 3 o más deposiciones diarias de menor consistencia, acompañada frecuentemente de otros síntomas como sensación nauseosa, vómitos, dolor abdominal y fiebre. La forma de adquisición suele ser por contagio de persona a persona o más frecuentemente por

la ingesta de alimentos o agua contaminada, y en la mayoría de los casos el cuadro clínico cede espontáneamente en el transcurso de varios días.

La repercusión económica de estas infecciones no es menos importante ya que a los costes médicos se deben añadir los derivados de la pérdida de productividad laboral que podrían alcanzar los 23 billones de dólares/año en Estados Unidos. La mayoría de los episodios de diarrea aguda infecciosa van a ser autolimitados y no van a precisar un estudio diagnóstico específico. La historia clínica y la exploración clínica constituyen elementos primordiales en el manejo de estos pacientes ya que nos permiten identificar aquellos casos que debido a su gravedad sí van a precisar de un estudio diagnóstico y un tratamiento específico.³

Fractura de fémur:

La fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas. Actualmente el tratamiento óptimo para la fractura de cadera es quirúrgico, debido a que el manejo conservador conlleva mayor estancia hospitalaria y menor retorno de los pacientes al nivel funcional previo. Para que los resultados sean óptimos el tratamiento quirúrgico debe aplicarse lo más pronto posible, idealmente dentro de las de las 36 a 48 horas del evento.²⁰

Hernia inguinal:

Protrusión anormal de tejidos o de uno o más órganos abdominopélvicos o parte de ellos a través de las capas musculofascioaponeuróticas de la pared abdominal anterior que se encuentran por debajo del nivel de las espinas ilíacas antero superiores, los cuales salen por orificios congénitos o adquiridos, produciendo la incapacidad de conservar el contenido visceral de la cavidad abdominopélvica en su lugar habitual. La enfermedad herniaria inguinocrural es una enfermedad común en la población de edad avanzada, debido a la pérdida de fuerza de la pared abdominal y a situaciones clínicas que incrementan la presión intraabdominal, por lo que en la actualidad, la herniorrafia y la helioplastia son procedimientos quirúrgicos frecuentes en los Servicios de Cirugía General.

Clasificación de las Hernias:

Según criterios anatómicos:

Hernia inguinal indirecta: el saco herniario sale a través del orificio inguinal interno, y se introduce en el conducto inguinal, e, incluso, puede llegar en ocasiones al escroto (hernia inguinoescrotal).

Hernia inguinal directa: la salida del defecto herniario es a través de la pared posterior (fascia transversalis) y es independiente del anillo inguinal profundo y sin formar parte de la envoltura cremastérica del cordón.

Hernia crural: el saco herniario sale a través del orificio o anillo crural.

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza habitualmente por la clínica y la exploración física. Generalmente el paciente aqueja molestia y la presencia de una

tumoración en la región inguinal que aumenta con los esfuerzos y se reduce manualmente o con el decúbito. Es imprescindible en el anciano el examen sistemático de las regiones inguinales en busca de esta afección, aún en ausencia de sintomatología referida.

El tratamiento, en líneas generales y debido al riesgo de estrangulación, la cirugía electiva precoz debería ser la estrategia terapéutica adecuada para la hernia inguino-crural en el adulto mayor, incluso si es asintomática. Únicamente no sería aconsejable la cirugía en aquellos pacientes con enfermedad terminal y corta esperanza de vida en los que no se prevea un incremento importante su calidad.^{7, 27, 30}

Hipertrofia de Próstata:

Enfermedad comúnmente que se presenta en los hombres mayores de 60 años, donde la bolsa prostática crece de manera excesiva, generando una mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción. La presente enfermedad se diagnostica mediante biopsia prostática y tacto rectal, el tratamiento consiste en disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse, moderar el consumo de alcohol y cafeína.^{2, 4}

Hipertensión arterial esencial (primaria):

Es una de las enfermedades que no suelen evidenciarse síntomas pero causan problemas serios como la insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal, por tal motivo se debe realizar un control periódicamente y tratar que las personas adquieran hábitos saludables que reduzca las probabilidades de riesgos en las personas de la tercera edad.³

Insuficiencia cardíaca:

Se trata habitualmente de una enfermedad de la vejez, ya que la media de edad de la población con esta afección en los países desarrollados es de 75 años. El estudio Framingham puso de manifiesto que, a partir de los 45 años, tanto la incidencia como la prevalencia de esta entidad se multiplican por dos cada década.

Los datos más actualizados en España son los del estudio PRICE (Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España), en el que se fija una prevalencia del 8% para el grupo de 65 a 74 años, y del 16,1% para los mayores de 75 años.

La IC es la principal causa de hospitalización de los mayores, con una elevada tasa de reingresos y de gastos sanitarios secundarios. El 80% de los pacientes hospitalizados por Insuficiencia Cardíaca son mayores de 65 años.

Debido a la idiosincrasia de la vejez, caracterizada por cambios fisiológicos con reducción de la reserva funcional, fragilidad, comorbilidad y polifarmacia, la IC en el anciano posee unas características específicas que la distinguen de la que se presenta en edades más jóvenes.

La principal causa es la hipertensión arterial, seguida de la cardiopatía isquémica y de las valvulopatías, al contrario que en jóvenes, en quienes la principal causa es la isquémica.

La rigidez de la pared del ventrículo izquierdo hace que la Insuficiencia Cardíaca del anciano sea mayoritariamente diastólica (más del 50% de los casos), contrario a lo que ocurre con los jóvenes en donde, mayoritariamente es sistólica (más del 70%) por alteraciones de la contractilidad.

Esta disfunción diastólica facilita que ante una sobrecarga de presión o de volumen aparezca congestión pulmonar.^{1,4}

Neumonía:

Se define como un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de etiología infecciosa generalmente provocada por bacterias o virus. La infección se produce en las estructuras finales del árbol respiratorio y desde el punto de vista clínico se caracteriza por sintomatología respiratoria variable e infiltrado en la radiografía de tórax. Todo esto hace de la neumonía un proceso en ocasiones amenazante para la vida, si bien la clínica diaria es muy variada y heterogénea, ya que nos podemos encontrar con cuadros fáciles de resolver o con procesos graves, en ocasiones fulminantes que llevan a la muerte.

La neumonía adquirida en la comunidad ocasiona importante morbilidad y mortalidad en la población adulta, determinando un elevado índice de hospitalizaciones y uso de recursos sanitarios, especialmente en el adulto mayor con enfermedades preexistentes.

El estudio de Carga Global de Enfermedad de 2010 reportó que las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo la neumonía, constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y son la segunda causa determinante de años de vida potencial perdidos de la población, el 50% de los decesos por enfermedades respiratorias en el adulto son atribuibles a la neumonía.

La incidencia y letalidad de la neumonía comunitaria se elevan en las edades extremas de la vida (menores de un año y mayores de 65 años) especialmente durante otoño e invierno asociado a las infecciones respiratorias virales. Se estima que sobre el 80% de los decesos acontecen en adultos mayores de 65 años con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neurológicas o renales crónicas.¹¹

Párkinson:

Es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida de neuronas en la sustancia negra del cerebro, por lo general se lo conoce como un trastorno del movimiento donde se alteran las funciones cognitivas, expresión de emociones y la función autónoma. El factor principal de riesgo del Párkinson es la edad por tal motivo se presenta con mayor frecuencia en personas de la tercera edad.³

Resfríos y gripe:

Son consideradas molestias comunes en las personas y que su duración es de 3 a 7 días, en las personas mayores estas molestias pueden complicarse incluso pueden requerir de un hospital ya que produce problemas respiratorios, por tal motivo es importante prevenir el frío y que cada adulto mayor se vacune cada año contra la gripe.

Sordera:

Se considera dentro de los parámetros de la normalidad la pérdida de la audición debido al deterioro del oído a lo largo de la vida, pero cabe señalar que existen distintas técnicas que pueden ayudar al adulto mayor a optimizar gran parte de su audición mediante audífonos. La pérdida de audición se torna más común conforme el individuo va envejeciendo, cerca del 11% de los pacientes entre 44 y 54 años ya presentan alguna pérdida auditiva. Este porcentaje aumenta un 25% entre personas de 55 y 65 años y llega casi a un 50% de la población con más de 70 años. ^{1,2,4}

Osteoporosis:

En esta dolencia disminuye la cantidad de minerales en el hueso, ya que se pierde la capacidad de absorción, por ejemplo el calcio. Así, los adultos mayores se vuelven quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales de calcio y vitaminas por malnutrición, razón por la que se recomienda un aporte extra de calcio (y hacer ejercicio antes de la menopausia, para prevenir). Se puede detener el avance de la osteoporosis, siempre en manos de un especialista. ^{2,3}

Problemas Visuales:

Sin duda, lo que más afecta a las personas que están aproximándose a la tercera edad es la pérdida o deterioro de los sentidos tales como la audición y la vista, ya que afectan la manera de cómo nos relacionamos con los demás. En el adulto mayor se presentan los problemas visuales porque la córnea se vuelve más gruesa con la edad, con ello aumenta la dificultad de enfoque ya que al engrosarse varía su aumento y agrega una mayor dispersión de la luz, resultando en disminución de la nitidez de la imagen y puede ir apareciendo el deslumbramiento.

Con la edad también se produce una disminución de la cantidad de lágrimas, la capa de lágrima que cubre a la córnea se afina y también se altera su composición, aparecen zonas de ruptura en esa capa y en consecuencia se altera la superficie de la córnea, que deja de ser lisa y transparente, la visión se enturbia y se pueden ver halos alrededor de las luces, también la disminución de la frecuencia de parpadeo que ocurre con los años lleva a una ruptura precoz de la capa lagrimal. ²

Prolapso genital femenino:

Con el aumento de la población la mayor longevidad de las mujeres es probable encontrar más pacientes con algún grado de prolapso uterino o vaginal, en la tercera edad. El manejo de esta entidad requiere experiencia quirúrgica de parte del ginecólogo así como el conocimiento de métodos no quirúrgicos que permitan conservar en las pacientes una buena calidad de vida. ^{1,4}

Prevención:

Los factores más importantes para lograr un envejecimiento saludable el incremento de la actividad física y mejoría de la nutrición.

Ejercicio:

La actividad física regular disminuye con la edad y es la más baja en los ancianos. Esto es desafortunado, porque la actividad física tiene claros beneficios en el envejecimiento. En los ancianos, el aumento de la actividad física mejora la fuerza muscular, estado de ánimo, sueño y perfil de riesgo metabólico. Algunos estudios sugieren que el ejercicio mejora la cognición y evita la demencia, pero esto aún no ha sido 100% comprobado.

Los programas de ejercicio, tanto aeróbicos como el entrenamiento de fuerza, son factibles y provechosos, incluso en los individuos muy viejos y frágiles. El ejercicio regular de intensidad moderada reduce la velocidad de deterioro en la función física relacionado con la edad. Se recomienda un mínimo de 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada (como marcha enérgica) y actividades para fuerza muscular con efecto en todos los grupos musculares mayores (piernas, caderas, espalda, abdomen, tórax, hombros y brazos) dos o más días de la semana.

Si el adulto mayor no tiene ningún tipo de contraindicación, la actividad física más intensa y prolongada aporta mayores beneficios.

Nutrición:

Los ancianos son muy vulnerables a la desnutrición por lo cual es necesario realizar modificaciones dietéticas que ayuden a este grupo etario a mantener una estabilidad nutricional. A pesar de esto, no hay lineamientos basados en evidencia para la modificación dietética individualizada en los pacientes geriátricos y estos tienden a cumplir poco las recomendaciones dietéticas.

Sin embargo existen ciertos principios básicos para poder tener una dieta saludable en el adulto mayor:

- Alentar el consumo de frutas y verduras; son ricos en oligoelementos, minerales y fibras. Los granos enteros también son una buena fuente de fibra.
- El consumo de líquido debe ser de al menos 1 litro al día, con el objetivo de mantener siempre una correcta hidratación.
- Promover el consumo de productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, leguminosos, aves, carnes magras y pescado al menos una vez por semana.
- Equiparar el consumo de energía (calorías) con las necesidades calóricas generales para mantener un peso e índice de masa corporal saludables (BMI 20 a 27). Si el BMI es >27, limitar 5 a 10% la ingestión calórica.
- Limitar el consumo de alimentos con alta densidad calórica, ricos en azúcar y con alto contenido de sal (menos de 6 g al día).
- Limitar la ingestión de alimentos con alto contenido de ácidos grasos saturados y colesterol.
- Limitar el consumo de alcohol (una bebida al día o menos).
- Los ancianos con poca exposición a la radiación ultravioleta B están en riesgo de desarrollar deficiencia de vitamina D. Por tanto, deben introducirse en la dieta alimentos fortificados con vitamina D o complementos vitamínicos.

- Asegurar que la dieta incluya alimentos con cantidades adecuadas de magnesio, vitamina A y vitamina B12.
- Para estreñimiento: aumentar la fibra dietética a 10 a 25 g y el líquido a 1 500 ml diarios. Puede agregarse un laxante de volumen.^{2, 4}

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación en la etapa de valoración fue descriptiva y en la etapa de intervención la metodología fue prospectiva.

El presente estudio forma parte de un proyecto de vinculación con la sociedad de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, que se desarrolló durante el periodo Marzo del 2017 a Febrero del 2018. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y representativos del impacto de las acciones preventivas realizadas.

3.2. SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO:

La investigación se desarrolló en el club del Adulto Mayor de San Jacinto de Izamba, ubicado en el Cantón Ambato, Provincia Tungurahua durante el periodo Marzo del 2017 a Febrero del 2018.

3.3. POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por todos los ancianos residentes en el mencionado club del adulto mayor.

La muestra quedó constituida por 29 pacientes mayores de 65 años que aceptaron participar en la investigación. No se excluyó ningún caso de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 65 años.
- Aceptar ser incluidos en la investigación.
- Pertenecer al club del adulto mayor “San Jacinto de Izamba”.

Criterios de exclusión:

- No aprobar mediante el consentimiento informado de la investigación para ser parte del estudio.

3.4. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos, los resultados se presentaron en tablas y gráficas ilustrativas de los indicadores definidos.

INDICADORES DE RESULTADOS:

Tabla N°3.1 Indicador de impacto

Nombre del indicador:	Mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Meta:	Incrementar en un 50 % de la población el conocimiento de las actividades preventivas, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Definición del indicador:	Número de adultos mayores que ejecutan actividades preventivas / Número total de adultos mayores
Método de cálculo:	$29/29 \times 100 = 100\%$
Línea base:	Dentro de los programas de prevención y promoción de Salud del plan nacional del buen vivir menciona que se debe trabajar con población vulnerable, el 20% de dicha población son adultos mayores
Sentido del indicador:	Ascendente
Análisis del indicador:	Como detalle mencionado en el objetivo general se aprecia la problemática del estilo de vida y manejo del adulto mayor, tanto en su diario vivir y en su salud, la misma que plantea como objetivo mejorar la calidad de vida del adulto mayor de la parroquia de Izamba, cantón Ambato, provincia de Tungurahua.

Tabla N°3.2 Indicadores de logros

Nombre del indicador:	Caracterizar la población adulta mayor.
Meta:	Caracterizar el 100% de la población adulta mayor.
Definición del indicador:	Caracterizar desde el punto antropométrico a la población adulta mayor de la parroquia de Izamba en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato.
Método de cálculo:	$C = 29/29 \times 100 = 100\%$
Línea base:	Debida a la poca información existente dentro del ministerio de salud acerca de la caracterización del adulto mayor se busca aportar con esta actividad para generar una línea de base clara.
Sentido del indicador:	Ascendente
Análisis del indicador:	Mediante la aplicación del instrumento de la valoración física se apreció el regular estado de salud de los adultos mayores de la parroquia de Izamba.

Nombre del indicador:	Describir el grado de funcionalidad y fragilidad del adulto mayor.
Meta:	Evaluar clínicamente la funcionalidad y fragilidad del 100% de la población adulta mayor.
Definición del indicador:	Del total de la población intervenida, este indicador mostrará el grado de funcionalidad y fragilidad mediante la muestra de variables estudiadas.
Método de cálculo:	$GCA = 29/29 \times 100 = 100\%$
Línea base:	El Ecuador consta de pocos registros de fragilidad y funcionalidad del adulto mayor, sabemos que estos factores beneficiaran el diagnóstico e intervención de esta población.
Sentido del indicador:	Ascendente
Análisis del indicador:	Mediante la aplicación del instrumento de la valoración física se apreció el mal-regular estado de salud de la mayoría de los adultos mayores de la parroquia de Izamba.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Tabla N°3.3 Indicadores de eficiencia

Nombre del indicador:	Porcentaje de cobertura. (a)
Definición del indicador:	Del total de la población identificada dentro del área de intervención, este indicador mostrará el porcentaje de la población que ha cubierto el proyecto mediante su ejecución.
Método de cálculo:	$C = 29/29 \times 100 = 100\%$
Unidad de medida:	Porcentaje 100%.
Frecuencia de medición:	Semestral.
Meta:	Lograr cubrir el 100% de la población beneficiaria mediante la ejecución del proyecto y los productos generados.

Nombre del indicador:	Porcentaje de cumplimiento de actividades. (b)
Definición del indicador:	Del total de actividades planteadas para la ejecución del proyecto, este indicador mostrará el porcentaje de ejecución en base a la constatación de actividades cumplidas.
Método de cálculo:	$GCA = 2/2 \times 100 = 100\%$

Unidad de medida:	Porcentaje 100%.
Frecuencia de medición:	Semestral.
Meta:	Lograr cubrir el 100% de las actividades programadas.

Nombre del indicador:	Porcentaje de cumplimiento de objetivos. (c)
Definición del indicador:	Del total de objetivos planteados para orientar el proyecto, este indicador mostrará el porcentaje del cumplimiento de los mismos mediante la ejecución del proyecto.
Método de cálculo:	$GCO = 2/2 \times 100 = 100\%$
Unidad de medida:	Porcentaje 100%.
Frecuencia de medición:	Semestral.
Meta:	Lograr cubrir el 100% de los objetivos programados.

EFICIENCIA TOTAL:

$$ET = a + b + c$$

$$ET = 100 + 100 + 100 = 300/3 = 100\%$$

Nombre del indicador:	Índice financiero.
Definición del indicador:	Del total de los recursos asignados para el proyecto, este indicador mostrará el porcentaje de ejecución del presupuesto en base a la contrastación de los valores reales al final de la ejecución del proyecto.
Método de cálculo:	$IF = 3409.24/3409.24 \times 100 = 100\%$
Unidad de medida:	Porcentaje 100%.
Frecuencia de medición:	Semestral.
Meta:	Ejecutar el 100% del presupuesto asignado en la ejecución del proyecto.

EFFECTIVIDAD:

$$EF = (\text{Eficiencia Total} + \text{Índice Financiero})$$

$$EF = (ET + IF)/2$$

$$EF = (100 + 100)/2 = 100\%$$

Al final de esta intervención se realizará una encuesta a los pacientes, cuidadores primarios y personal de salud que labora en la Parroquia Izamba con el propósito de evaluar el impacto de este proyecto.

Encuesta (Anexos).

3.5. ASPECTOS ÉTICOS:

Se solicitó al anciano y a los dirigentes del club del adulto mayor, el consentimiento para participar en el estudio.

Consentimiento informado (Anexos).

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La investigación que se llevó a cabo es de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo con una propuesta de intervención educativa deliberada, con enfoque en el club de los adultos mayores de “San Jacinto” de Izamba.

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

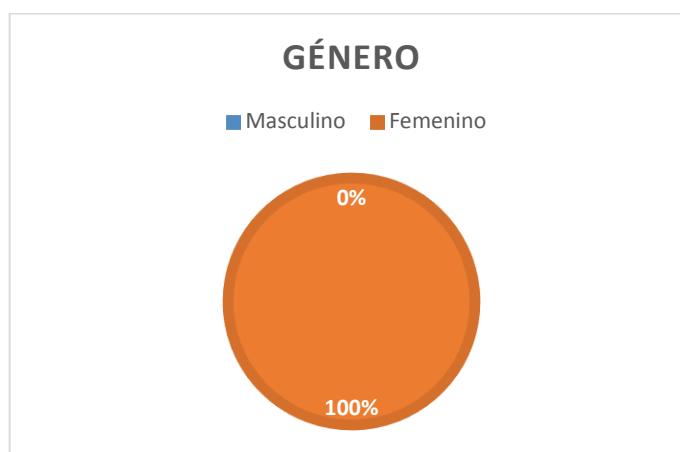
4.1.1 Características de la población

La investigación abarcó el período Marzo del 2017 a Febrero del 2018. La población en estudio estuvo constituida por 29 adultos mayores, residentes “San Jacinto” de Izamba de la provincia de Tungurahua.

4.1.2 Distribución de Adultos mayores según sexo

El 100% (29) de adultos mayores pertenecen al sexo femenino, lo cual se relaciona con el envejecimiento mayoritario en mujeres, el sexo femenino tiene mayor longevidad comparado con el sexo masculino, lo cual se relaciona a factores biológicos, socioeconómicos y ambientales que se viven actualmente, tomando en cuenta la expectativa de vida, comorbilidades y estilos de vida.

Gráfico N°4.1 Distribución de Adultos mayores según sexo



Fuente: encuesta

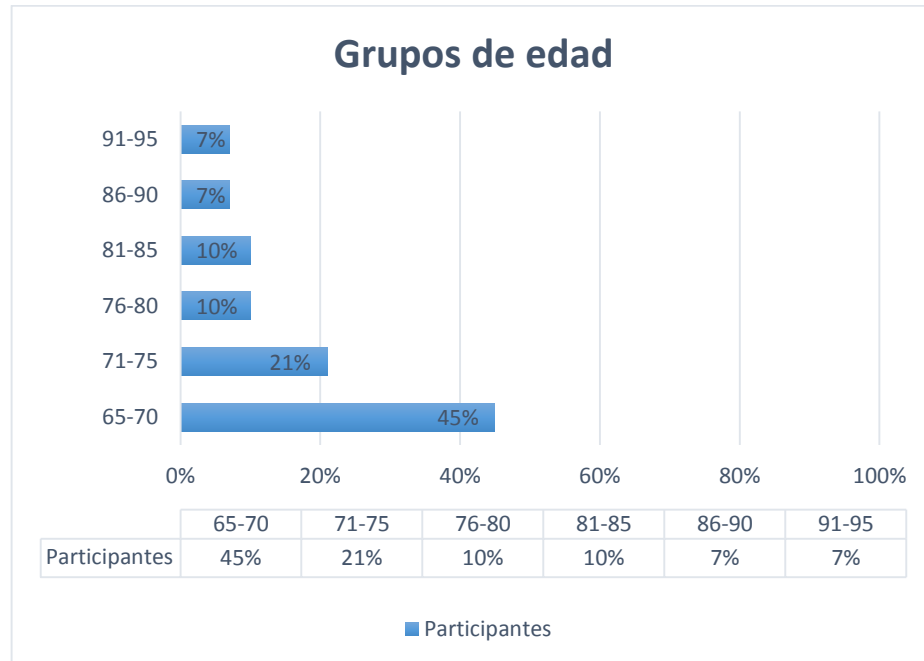
Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

4.1.3 Distribución de adultos mayores según grupos de edad

Edades entre 65 a 70 años establecen el 45% (13) de adultos mayores siendo el grupo más representativo, seguido del grupo de 71 a 75 años con un 21% (6). El grupo comprendido entre 76 a 80 años y 81 a 85 años tienen un porcentaje similar del 10% (3), los grupos menos numerosos son los comprendidos entre 86 a 90 años y 91 a 95 años con el 7% (2) de adultos de la tercera edad cada uno. Estos datos se relacionan con el comportamiento lógico proporcional entre la mortalidad y la edad; en los grupos

etarios más avanzados existe mayor tasa de mortalidad y por ende menos cantidad poblacional; fenómeno dado por condiciones biopsicosociales propias del envejecimiento, enfermedades crónicas, factores externos; entre otros.

Gráfico N°4.2 Distribución de adultos mayores según grupos de edad



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

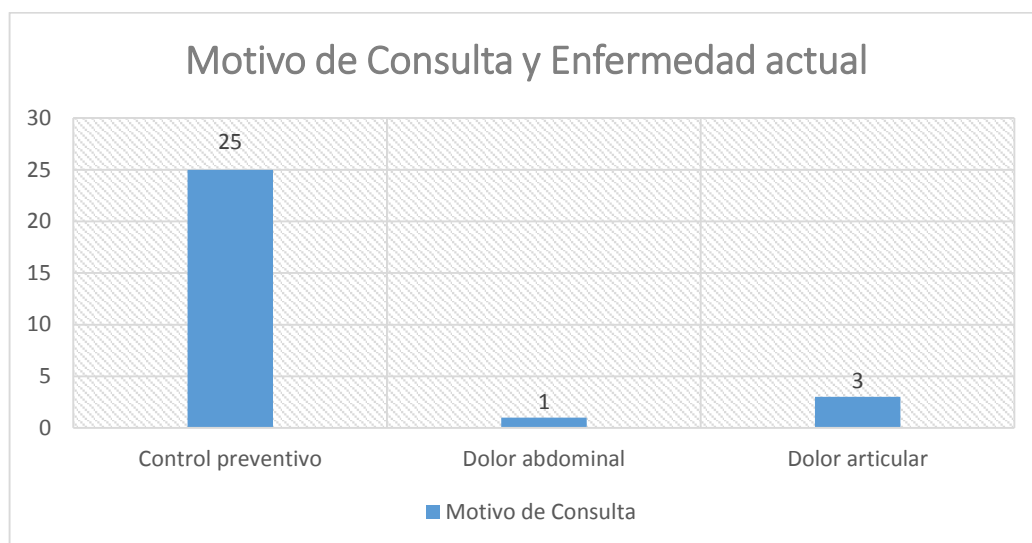
4.1.4 Valoración Geriátrica Integral

4.1.4.1 Valoración de la esfera clínica

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

Respecto al motivo de consulta y enfermedad actual se obtuvo un que 86% de adultos mayores o 25 personas, corresponden a Control de Salud, 11% o 3 personas a dolor articular y el 3% o 1 persona de la muestra en investigación refiere dolor abdominal al momento de la evaluación.

Gráfico N°4.3 Motivo de Consulta y Enfermedad Actual



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Antecedentes Personales

La información obtenida referente a los antecedentes personales más relevantes indican que un 72% o 21 personas se mantienen en controles de salud, ninguno de los participantes de la investigación refiere como antecedente alcoholismo, tabaquismo o uso de drogas.

El 66% o 19 personas refieren haber tenido sus inmunizaciones completas y 34% o 10 personas no fueron inmunizadas adecuadamente. Los participantes que refieren tener una alimentación de 3 o más veces al día corresponden al 72% o 21 adultos mayores.

Tabla N°4.1 Antecedentes personales

	Control de salud		Alcoholismo		Tabaquismo		Drogas		Inmunizaciones		Alimentación adecuada	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
%	72	28	0	100	0	100	0	100	66	34	72	38
#	21	8	0	29	0	29	0	29	19	10	21	8

Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales

En los antecedentes cardiovasculares el 18% (5) refieren presentar HTA en tratamiento. Los antecedentes oftalmológicos indican que el 6% (2) refirieron antecedente de Pterigión, hipermetropía, catarata y cirugía ocular previa no especificada en un porcentaje similar del 3% (1). El 72% o 22 personas no refieren presentar patologías endocrinológicas, pero el 16% (4) presentan diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, 4%; (1) fue sometida a tiroidectomía. El 83% o 24 personas no refieren patologías, 7% o 2 personas refirieron apendicectomía, 7% o 2 personas, colecistectomía y 3% o 1 persona hernia hiatal. Los antecedentes musculoesqueléticos,

indican que el 76% (23) no refieren patologías, 7% (2) refirieron artrosis, 4% (1) osteoporosis, 3% (1) espolón calcáneo, 7% (2) persona, operación de rodilla. El 100% (29) reportó haber tenido al menos un embarazo.

Tabla N°4.2 Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales

Cardiovascular					
	HTA		SPA		
Porcentaje	18		82		
#	5		24		
Oftalmológicos					
	Pterigión	Hipermetropía	Cataratas	Cirugía ocular previa	SPA
Porcentaje	6	3	3	3	85
#	2	1	1	1	24
Endocrinológicos					
	DMT II		Tiroidectomizado	SPA	
Porcentaje	16		4	72	
#	4		1	22	
Digestivos					
	Hernia hiatal	Apendicectomía	Colecistectomía	SPA	
Porcentaje	3	7	7	83	
#	1	2	2	24	
Musculoesqueléticos					
	Artrosis	Osteoporosis	Espolón calcáneo	Cirugía de rodilla	SPA
Porcentaje	7	4	4	7	76
#	2	1	1	2	23
Embarazo					
	Si		No		
Porcentaje	100		0		
#	29		0		
SPA: Sin Patología Aparente					

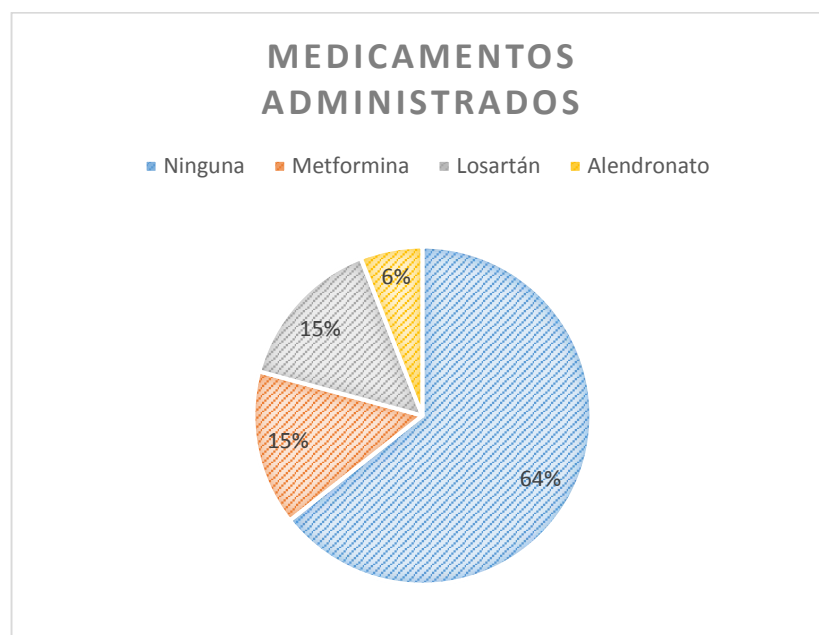
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Antecedentes Farmacológicos

En relación con medicamentos prescritos, el 64% o 13 personas no refieren usar medicación, 15% (3) utilizan Metformina, 15% (3) Losartán y 5% (1) Alendronato.

Gráfico N°4.4 Medicamentos administrados



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Revisión de Aparatos y Sistemas

La revisión de aparatos y sistemas refiere, en el aparato digestivo 4% (1) reportó estreñimiento, en el mismo porcentaje se reportó dispepsia y acidez gástrica. En aparato genitourinario, 4% o 1 persona reportó disuria, 4% o 1 persona poliuria, y 4% o 1 tenesmo vesical. En lo que respecta a revisión de aparatos y sistemas del sistema nervioso central, 55% (13) refieren pérdida de memoria, 4% (1) alteración del sueño. En relación a la audición, 24% (8) refieren hipoacusia. En relación a la visión el 64% (16) personas reportan dificultad. Con respecto a la olfacción 4% (1) indica disminución de la olfacción.

Tabla N°4.3 Revisión de aparatos y sistemas

Digestivo			
	Estreñimiento	Acidez estomacal	Dispepsia
Porcentaje	4	4	4
#	1	1	1
Genitourinario			
	Disuria	Poliuria	Tenesmo vesical
Porcentaje	4	4	4
#	1	1	1
Nervioso			
	Pérdida de memoria	Alteración del sueño	
Porcentaje	55	4	
#	13	1	
Audición			
Disminución de la audición			
Porcentaje	24		
#	8		
Olfación			
Disminución de olfacción			
Porcentaje	4		
#	1		
Visión			
Dificultad visual			
Porcentaje	55		
#	16		

Fuente: encuesta

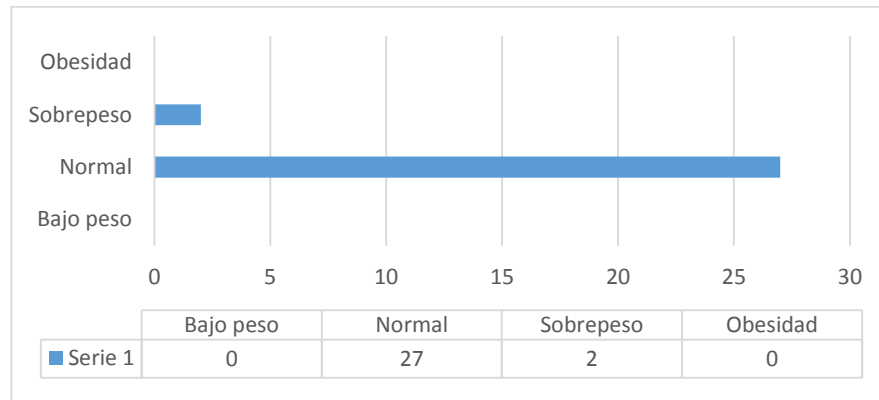
Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Exploración Física

Índice de masa corporal

El IMC indica sobrepeso en dos pacientes y el resto de participantes se encuentra dentro del rango normal.

Gráfico N°4.5 Índice de masa corporal



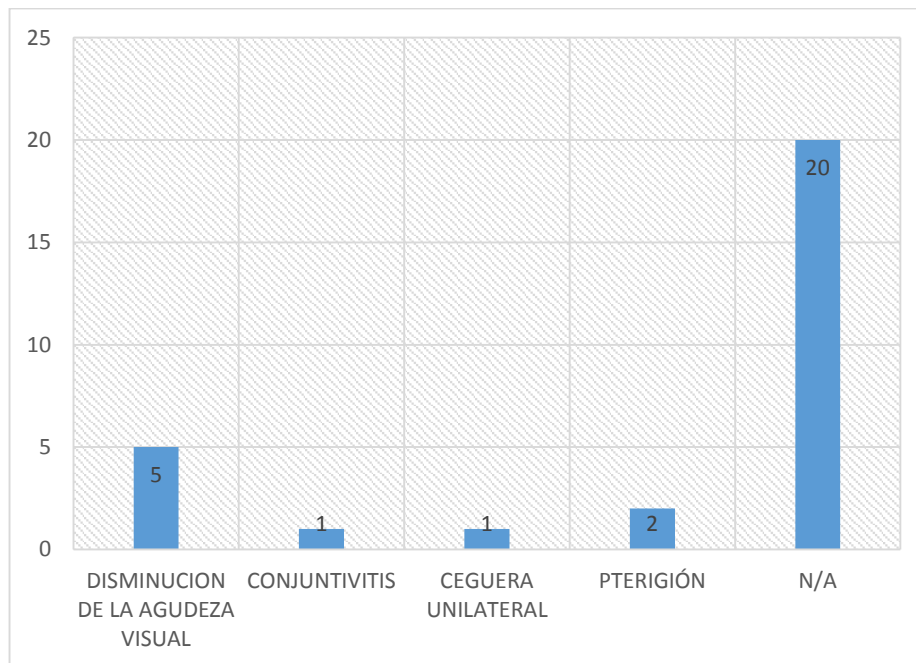
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de ojos

El examen físico de ojos indica que en un igual porcentaje de 4% (1) conjuntivitis y ceguera unilateral, 8% (2) Pterigión y en un 20% (5) disminución de la agudeza visual.

Gráfico N°4.6 Examen Físico de ojos



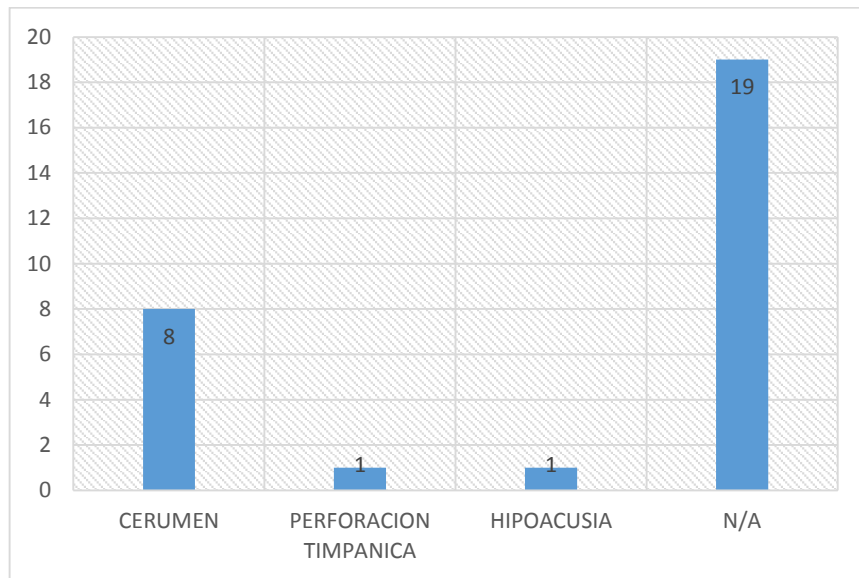
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de oídos

El examen físico de oídos, 28% (8) presentan cerumen, 4% (1) presenta perforación timpánica y en un porcentaje similar hipoacusia.

Gráfico N°4.7 Examen Físico de oídos



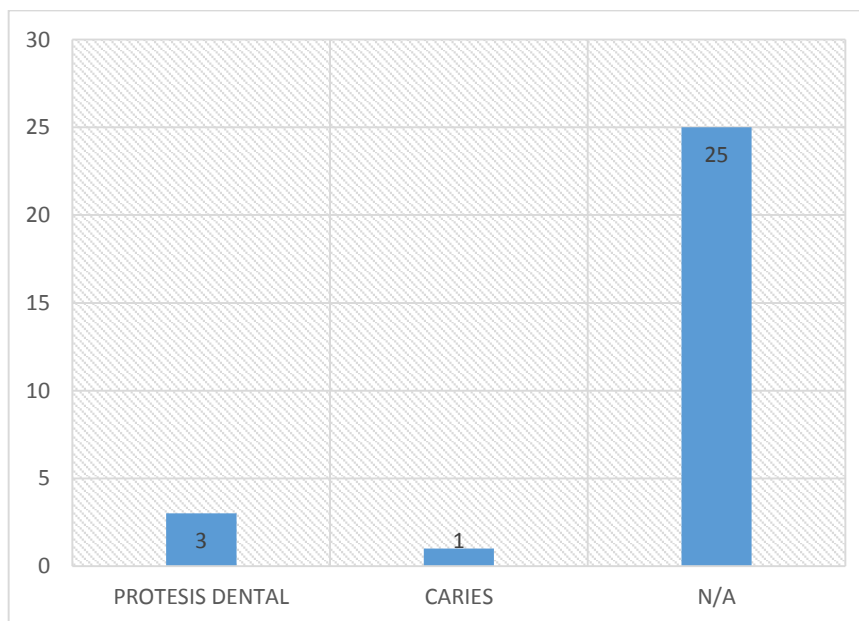
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de boca

En el examen físico de boca el 12% (3) usan prótesis dental y 4% (1) caries.

Gráfico N°4.8 Examen Físico de boca



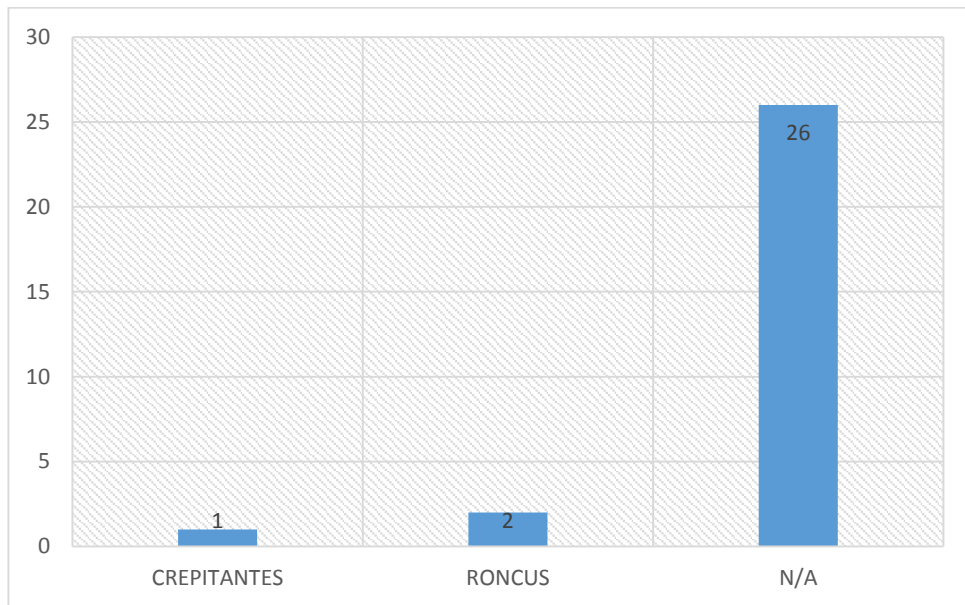
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico respiratorio

En un de porcentaje de 4% (1) presentan crepitantes y el 8% (2) roncus.

Gráfico N°4.9 Examen Físico respiratorio



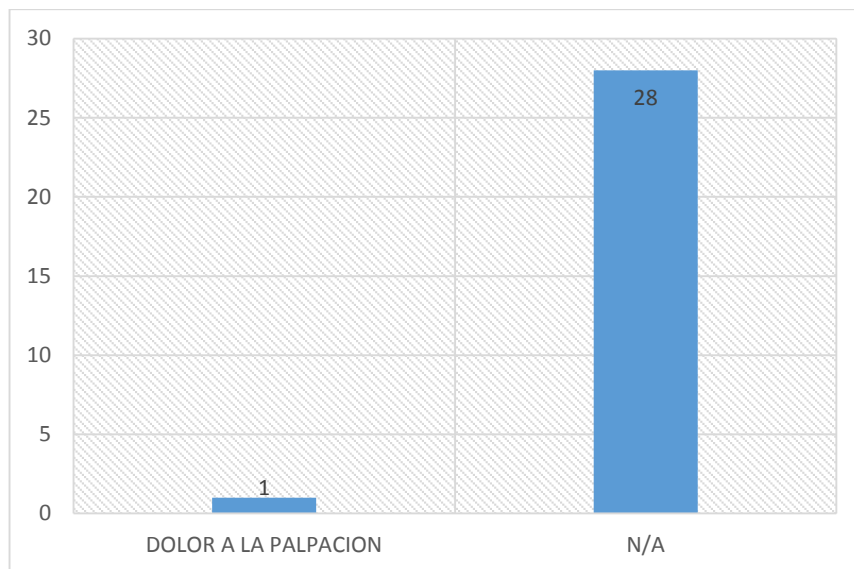
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de abdomen

En 96% (28) no reportan problemas en el examen físico de abdomen y 4% (1) presenta dolor a la palpación en epigastrio.

Gráfico N°4.10 Examen Físico de abdomen



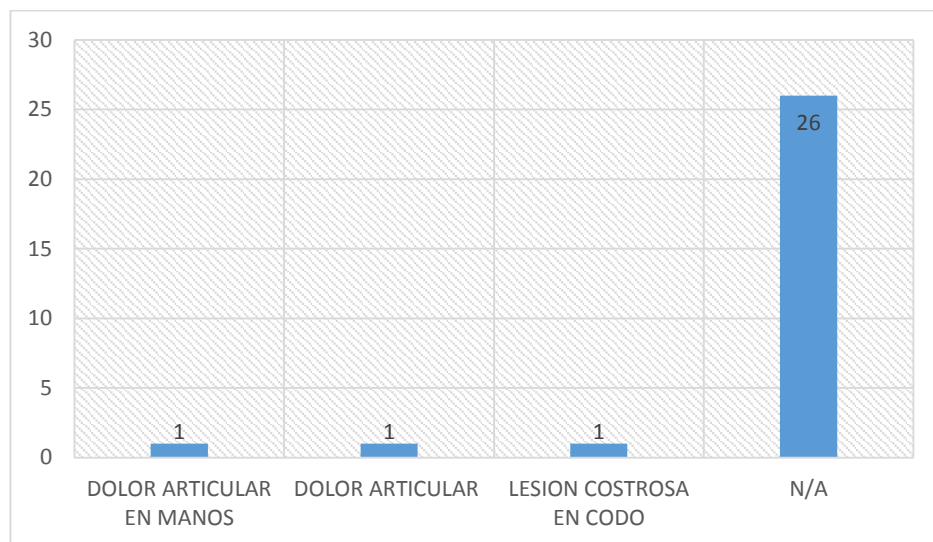
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de miembros superiores

El 4% (1) en el examen físico de miembros superiores presentan dolor articular en manos, en el mismo porcentaje se identificó dolor articular de múltiples articulaciones y lesión costrosa en codo.

Gráfico N°4.11 Examen Físico de miembros superiores



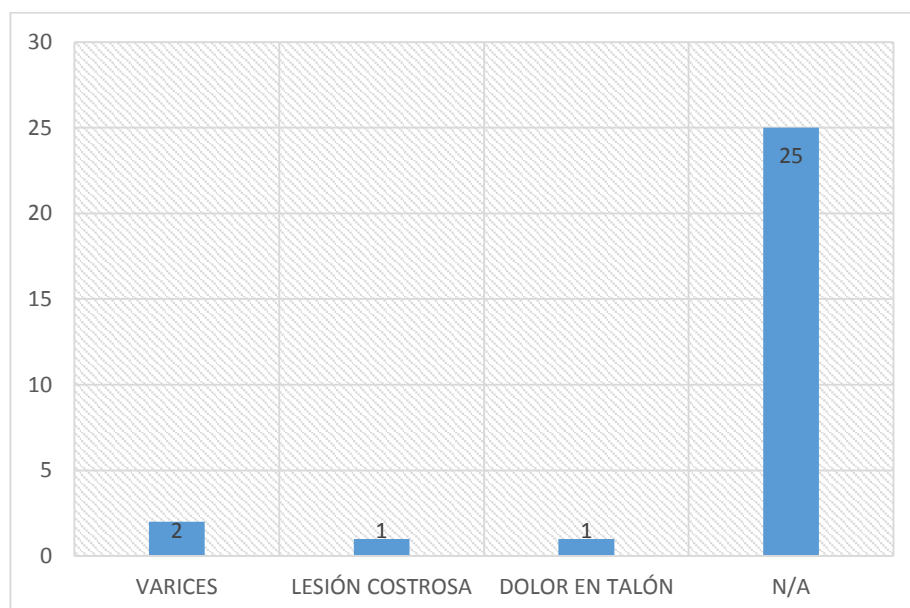
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Examen Físico de miembros inferiores

En el examen físico de miembros inferiores el 8% o (2) personas presenta varices, 4% (1) tiene una lesión costrosa en rodilla y 4% (1) presenta dolor a la palpación en talón.

Gráfico N°4.12 Examen Físico de miembros inferiores



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

4.1.5.2 Valoración de la esfera funcional

Funcionamiento del Adulto mayor

Se conoce que personas con un buen funcionamiento tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. El funcionamiento puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de los adultos mayores, es importante que la valoración de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral en la atención primaria de salud. El 66% (19) presentó dependencia funcional.

Tabla N°4.4 Valoración de la funcionalidad

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

SEXO	Dependiente		Independiente		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Femenino</i>	19	66	6	34	29	100

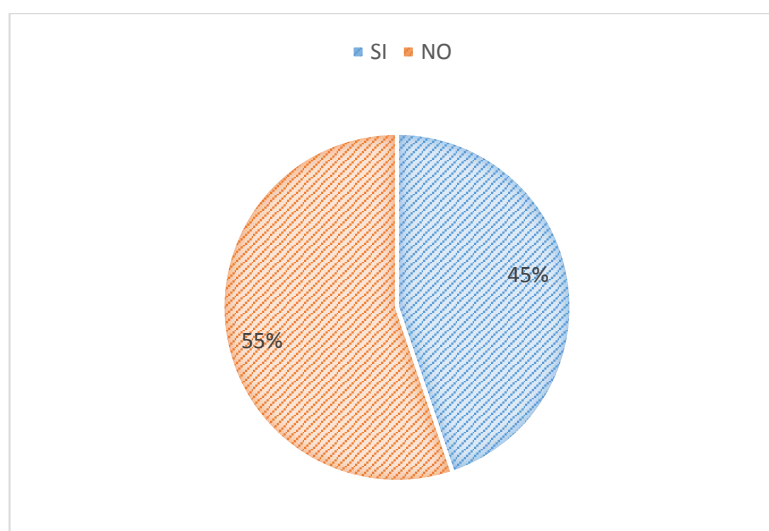
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Riesgo de caídas

La evaluación de factores de riesgo de caídas indica que un 55% (16) no presenta riesgo de sufrir las mismas y el 45% (13) presenta dicho riesgo.

Gráfico N°4.13 Riesgo de caídas



Fuente: encuesta

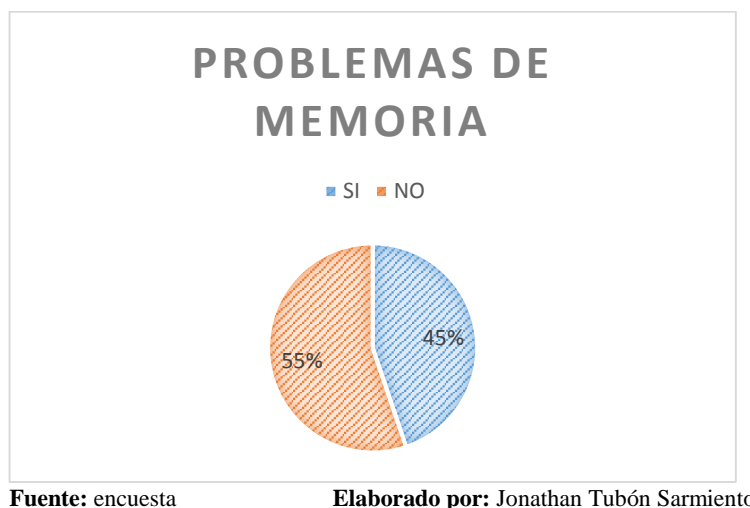
Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

4.1.5.3 Valoración de la esfera mental

Valoración cognitiva

En relación a tamizaje tiene más problemas de memoria que los demás, el 55% o 16 personas reporta no tener problemas de memoria mientras que 45% o 13 personas tiene problemas de memoria.

Gráfico N°4.14 Valoración cognitiva



Valoración afectiva

Se aplicó el Test de Yesavage con la información más relevante, de lo cual 19 pacientes correspondiente a 65 % presenta signos de depresión mientras que el 35% o 10 pacientes no presentan signos de depresión.

Tabla N°4.5 Valoración afectiva

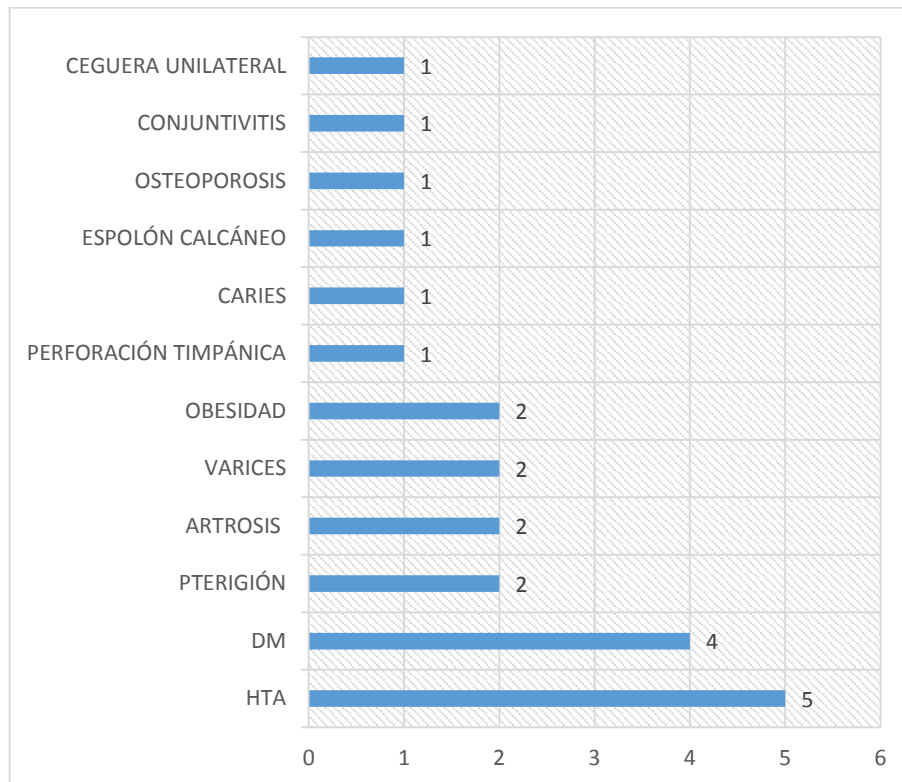
La valoración afectiva indica que el 35% (10), presentan depresión.

TEST DE YESAVAGE		
	# de Adultos mayores	Porcentaje
Depresivo	10	35
No Depresivo	19	65

4.1.5.4 Diagnósticos

Los diagnósticos formales muestran que en un porcentaje similar del 4% (1) se presentó osteoporosis, espolón calcáneo, caries, perforación timpánica, conjuntivitis y ceguera unilateral, en un porcentaje igual de 8% (2) se presentó hipotiroidismo, várices en miembros inferiores, artrosis, pterigiión y obesidad, 16% (4) presenta DM tipo II y 20% (5) HTA.

Gráfico N°4.15 Diagnósticos



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

El análisis clínico realizado indica los siguientes datos de importancia:

Las edades de los pacientes es entre 65 a 95 años, el grupo de 65 a 70 años corresponde al 45% (13) adultos mayores siendo el grupo más representativo.

La valoración de la esfera clínica dio como resultado que en un porcentaje similar del 4% (1) se presentó diagnósticos de osteoporosis, espolón calcáneo, caries, perforación timpánica, conjuntivitis y ceguera unilateral, en un porcentaje igual de 8% (2) se presentó diagnósticos de várices en miembros inferiores, artrosis y pterigión, 16% (4) presenta DM tipo II y 20% (5) HTA. En cuanto al estado funcional de los pacientes el 66% (19) presentó dependencia funcional y la evaluación de factores de riesgo de caídas indica que el 45% (13) presenta riesgo de presentar las mismas. La esfera cognitiva indica que 45% o 13 personas tiene problemas de memoria. La valoración afectiva indica que el 35% (10), presentan signos de depresión.

Con estos resultados obtenidos, se realizó 3 talleres educativos encaminados a mejorar la problemática dentro del grupo de estudio.

Los temas, el desarrollo de los talleres y los resultados obtenidos por cada uno se indican a continuación.

4.2 MEDIDAS DE EDUCACIÓN PREVENTIVA IMPLEMENTADAS EN LA INVESTIGACIÓN

TALLER N° 1

Título de la capacitación: Promoción de estilos de vida saludables alimenticios en base a la problemática (HTA, Diabetes Mellitus). Respecto a nutrición.

Objetivos:

- Instruir y orientar a los adultos mayores a consumir de forma ordenada y saludable sus alimentos de acuerdo al tipo de enfermedad crónica que padecen.

Metodología aplicada

Expositivo, Explicativo y práctico.

Se realizó una exposición de los temas con más relevancia dentro de las comorbilidades en nuestro medio, en donde se resolvió dudas y se aclaró diversos mitos a cerca de las creencias antiguas dentro del ámbito alimenticio con el objetivo de aclarar y despejar dudas en los adultos mayores.

Evaluación aplicada: Encuestas

Para poder optimizar las acciones de capacitación, se realiza la síntesis de la ev

Tabla N°4.6 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 1

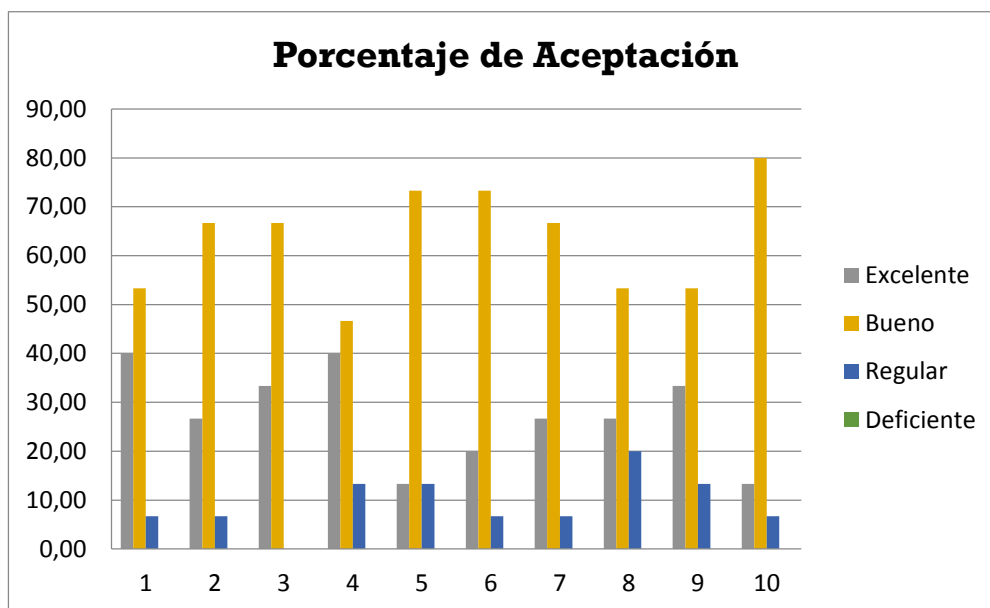
#	Pregunta	E		B		R		D		Total	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1	¿Considera que adquirió los conocimientos que esperaba, de manera?	6	40	8	53,33	1	6,67	0	0	15	100
2	¿Los temas vistos durante el curso correspondieron a los programados, de forma?	4	26,67	10	66,67	1	6,67	0	0	15	100
3	¿Los temas abordados fueron los adecuados para lograr el objetivo, de manera?	5	33,33	10	66,67	0	0	0	0	15	100
4	¿Para cubrir los temas y actividades, el tiempo de duración programado fue?	6	40	7	46,67	2	13,3	0	0	15	100
5	¿Considera que el curso estuvo relacionado con sus intereses, de forma?	2	13,33	11	73,33	2	13,3	0	0	15	100
6	¿Los contenidos abordados durante el curso son aplicables en su trabajo, de manera?	3	20	11	73,33	1	6,67	0	0	15	100
7	¿El equipo e instalaciones utilizadas en el curso estuvieron en condición?	4	26,67	10	66,67	1	6,67	0	0	15	100
8	¿El material entregado ha sido?	4	26,67	8	53,33	3	20	0	0	15	100
9	¿Sus expectativas del curso fueron satisfechas, de manera?	5	33,33	8	53,33	2	13,3	0	0	15	100
10	¿En términos de oportunidad, preparación, orden y atención recibida por la institución, la organización general del curso fue?	2	13,33	12	80	1	6,67	0	0	15	100

E: excelente; B: buena; R: regular; D: deficiente; #: número de personas; %: porcentaje de personas.

Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Gráfico N°4.16 Porcentaje de aceptación del Taller N° 1



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Resultados Alcanzados

El taller tuvo una aceptación considerable, las encuestas indican una percepción de la información dentro de parámetros de valoración buena y excelente con un porcentaje de 53, 33% y 40% respectivamente.

TALLER N° 2

Título de la capacitación: Promoción de estilos saludables en el área motriz.

Objetivos:

- Capacitar sobre la realización adecuada de ejercicios físicos a los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba”.
- Enseñar distintos tipos de ejercicios acorde a las distintas patologías a los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba”.
- Capacitar sobre el uso correcto de calzado a los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba”.

Resultados alcanzados: Los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba” de la parroquia Izamba aprendieron sobre la importancia de la realización correcta de actividad física acorde a la edad y a la patología de cada adulto mayor. También aprendieron sobre las características que debe tener un correcto calzado asociado a la patología de cada adulto mayor.

Encuesta de evaluación al evento de capacitación

Para poder optimizar las acciones de capacitación, se realiza la síntesis de la evaluación y se resumen las respuestas del presente cuestionario.

Tabla N°4.7 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 2

#	Pregunta	E		B		R		D		Total	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1	¿Considera que adquirió los conocimientos que esperaba, de manera?	10	38,46	14	53,85	2	7,69	0	0	26	100
2	¿Los temas vistos durante el curso correspondieron a los programados, de forma?	9	34,62	16	61,54	1	3,85	0	0	26	100
3	¿Los temas abordados fueron los adecuados para lograr el objetivo, de manera?	10	38,46	15	57,69	1	3,85	0	0	26	100
4	¿Para cubrir los temas y actividades, el tiempo de duración programado fue?	11	42,31	13	50	2	7,69	0	0	26	100
5	¿Considera que el curso estuvo relacionado con sus intereses, de forma?	9	34,62	15	57,69	2	7,69	0	0	26	100
6	¿Los contenidos abordados durante el curso son aplicables en su trabajo, de manera?	11	42,31	13	50	1	3,85	1	3,8	26	100
7	¿El equipo e instalaciones utilizadas en el curso estuvieron en condición?	12	46,15	13	50	1	3,85	0	0	26	100
8	¿El material entregado ha sido?	11	42,31	14	53,85	1	3,85	0	0	26	100
9	¿Sus expectativas del curso fueron satisfechas, de manera?	9	34,62	15	57,69	2	7,69	0	0	26	100
10	¿En términos de oportunidad, preparación, orden y atención recibida por la institución, la organización general del curso fue?	9	34,62	16	61,54	1	3,85	0	0	26	100

E: excelente; B: buena; R: regular; D: deficiente; #: número de personas; %: porcentaje de personas.

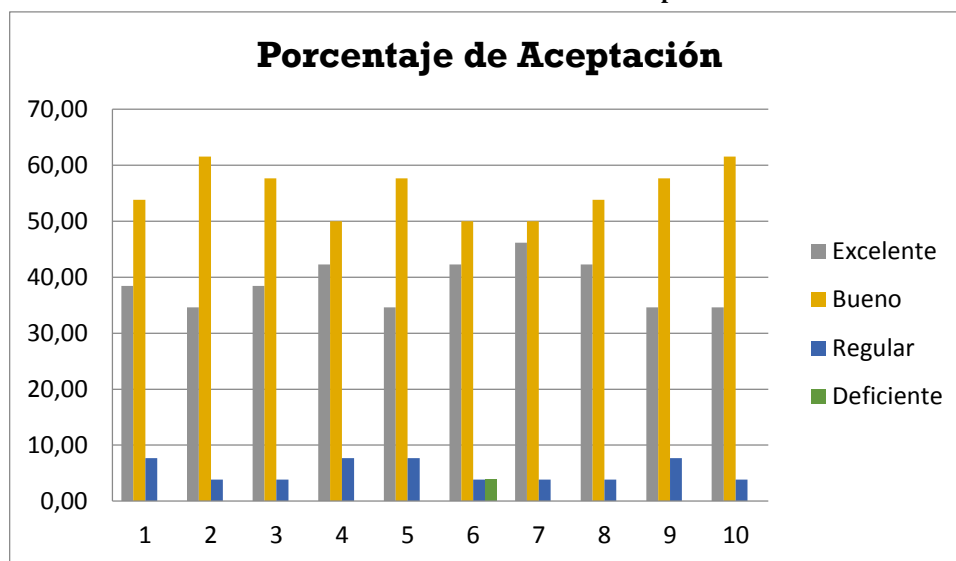
Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Gráfico N°4.17 Porcentaje de aceptación del Taller N° 2

Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento



El taller tuvo una aceptación considerable, las encuestas indican una percepción de la información dentro de parámetros de valoración buena y excelente con un porcentaje de 53,85% y 38,46% respectivamente.

TALLER N° 3

Título de la capacitación: Promoción de estilos saludables en el área cognitiva.

Objetivos:

- Capacitar sobre la realización de actividades que fortalezcan el área cognitiva de los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba”.
- Enseñar distintos tipos de ejercicios mentales a los integrantes de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba”.

Metodología aplicada:

Expositivo, participativo y práctica.

Resumen de la tabulación de la encuesta

Para poder optimizar las acciones de capacitación, se realiza la síntesis de la evaluación y se resumen las respuestas del presente cuestionario.

Tabla N°4.8 Resumen de la tabulación de la encuesta del Taller N° 3

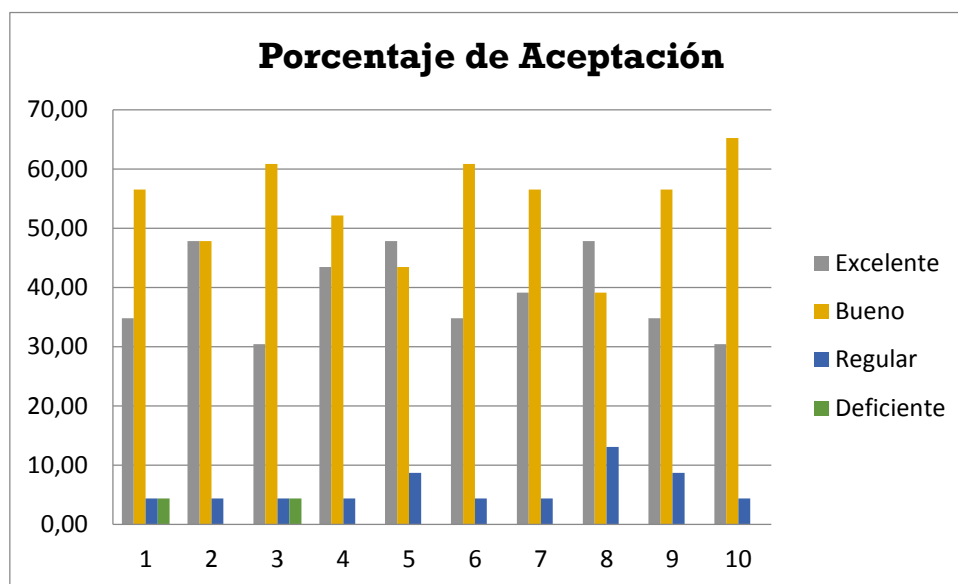
#	Pregunta	E		B		R		D		Total	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1	¿Considera que adquirió los conocimientos que esperaba, de manera?	8	34,78	13	56,52	1	4,35	1	4,3	23	100
2	¿Los temas vistos durante el curso correspondieron a los programados, de forma?	11	47,83	11	47,83	1	4,35	0	0	23	100
3	¿Los temas abordados fueron los adecuados para lograr el objetivo, de manera?	7	30,43	14	60,87	1	4,35	1	4,3	23	100
4	¿Para cubrir los temas y actividades, el tiempo de duración programado fue?	10	43,48	12	52,17	1	4,35	0	0	23	100
5	¿Considera que el curso estuvo relacionado con sus intereses, de forma?	11	47,83	10	43,48	2	8,7	0	0	23	100
6	¿Los contenidos abordados durante el curso son aplicables en su trabajo, de manera?	8	34,78	14	60,87	1	4,35	0	0	23	100
7	¿El equipo e instalaciones utilizadas en el curso estuvieron en condición?	9	39,13	13	56,52	1	4,35	0	0	23	100
8	¿El material entregado ha sido?	11	47,83	9	39,13	3	13	0	0	23	100
9	¿Sus expectativas del curso fueron satisfechas, de manera?	8	34,78	13	56,52	2	8,7	0	0	23	100
10	¿En términos de oportunidad, preparación, orden y atención recibida por la institución, la organización general del curso fue?	7	30,43	15	65,22	1	4,35	0	0	23	100

E: excelente; B: buena; R: regular; D: deficiente; #: número de personas; %: porcentaje de personas.

Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

Gráfico N°4.14 Porcentaje de aceptación del Taller N° 3



Fuente: encuesta

Elaborado por: Jonathan Tubón Sarmiento

El taller tuvo una aceptación considerable, las encuestas indican una percepción de la información dentro de parámetros de valoración buena y excelente con un porcentaje de 56,52 % y 34,78% respectivamente.

4.3 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

Usted como beneficiario, ¿Considera que el proyecto cumplió con las expectativas de manera?:

Respuesta	n	%
Alto	22	81
Medio	4	15
Bajo	1	4
Total	27	100

En la pregunta 1 con un n= 27 se observa que el 73% de la muestra manifiesta que se cumplió con un nivel alto en relación a las expectativas del proyecto.

¿Ud. Como beneficiario del proyecto en qué fases ha participado?

Fases	n	%
Diagnóstico	24	89
Planificación	2	7
Implementación	1	4
Total	27	100

En la pregunta 2 con una n= 27 se observa que el 89% de los beneficiarios participaron en la fase de diagnóstico (población encuestada), 2 personas participaron en la fase de planificación (GAD y Docentes Participante-Tutor del proyecto) y 1 en implementación del proyecto (Directora de la Asociación).

Bajo su percepción, ¿Ha mejorado la calidad de vida de la población posterior a la aplicación del proyecto?

Opción	n	%
Si	25	93
No	2	7
Total	27	100

En la pregunta 3 con una n= 27 se observa que el 93% de participantes manifiesta que ha mejorado la calidad de vida de la población posterior a la aplicación del proyecto.

¿La comunidad ha procesado y documentado las lecciones aprendidas?

Opción	n	%
Si	22	81
No	5	19
Total	27	100

En la pregunta 4 con una n= 30 se observa que el 81% de participantes documento las lecciones aprendidas a través de la encuesta aplicada.

¿Cómo calificaría usted los productos y/o resultados entregados en base al desarrollo del proyecto?

Calificación	n	%
Excelentes	23	79
Buenos	6	18
Regulares	1	3
total	27	100

En la pregunta 5 con una n= 27 se observa que el 79% de participantes considera que los resultados entregados son excelentes y el 18% buenos.

Bajo su percepción, ¿el tiempo empleado para el desarrollo del proyecto fue?

Calificación	n	%
Excelente	20	74
Bueno	4	15
Regular	3	11
Total	27	100

En la pregunta 6 con una n= 27 se observa que la mayoría de la muestra encuestada percibe que el tiempo empleado para el desarrollo del proyecto fue excelente.

¿Considera Usted que la organización de las actividades desarrolladas dentro del proyecto fue?

Calificación	n	%
Excelente	23	85
Bueno	4	15
Regular	0	0
Total	27	100

En la pregunta 7 con una n= 27 se observa que el 85% consideran que la organización de las actividades desarrolladas dentro del proyecto fue excelente.

¿En cuál de las siguientes áreas, la ejecución del proyecto generó un aporte significativo?

Áreas	n	%
Salud	19	70
Económico	3	11
Social	4	15
Productivo	1	4
Total	27	100

En la pregunta ocho con una $n=27$ se observa que el 70% la ejecución del proyecto generó un aporte significativo más en el área de salud en comparación con lo económico, social y productivo.

¿En un futuro participaría en nuevos proyectos de Vinculación con la Sociedad desarrollados por la UTA?

Opciones	n	%
Si	26	96
No	1	4
Total	27	100

En la pregunta nueve con una $n=27$ se observa que la mayoría de los participantes encuestados participaría en nuevos proyectos de Vinculación con la Sociedad desarrollados por la UTA.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES.

- La valoración geriátrica integral en la esfera clínica presenta: 36% de enfermedades crónicas metabólicas (HTA (20%) y DM 16%), los diagnósticos de osteoporosis, espolón calcáneo, caries, perforación timpánica, conjuntivitis y ceguera unilateral se presentaron en un porcentaje del 4% (1) cada uno y los diagnósticos de várices en miembros inferiores, artrosis y pterigión en un porcentaje de 8% (2) cada uno.
- La valoración de la esfera funcional, el grado de funcionamiento refleja que el 66% presentó independencia y en cuanto al riesgo de caídas el 45% (13) presenta riesgo a las mismas.
- La esfera mental en la valoración cognitiva/afectiva indica que el 45% de la población valorada tiene problemas de memoria y el 35% presenta signos de depresión.
- La percepción de aumento de conocimientos en cuanto al taller “Promoción de estilos de vida saludables alimenticios en base a la problemática (HTA, Diabetes Mellitus), con parámetros de valoración buena y excelente, 53,33% y 40% respectivamente.
- El taller “Promoción de estilos saludables en el área motriz” indica un aumento de la percepción de conocimientos dentro de parámetros de valoración buena y excelente con un porcentaje de 53,85% y 38,46% respectivamente.
- El taller “Promoción de estilos saludables en el área cognitiva” mostró un aumento de la percepción de conocimientos dentro de parámetros de valoración buena y excelente con un porcentaje de 56,52 % y 34,78% respectivamente.

5.2 RECOMENDACIONES.

- Se recomienda incluir material didáctico visual, además establecer cooperación para la utilización de los equipos e instalaciones al momento de realizar una intervención educativa.
- Se recomienda ampliar el tiempo de duración de las actividades educativas de prevención.
- Promover actividades preventivas de salud mental en la esfera cognitiva.
- Se recomienda la formación de personas dentro del grupo con conocimientos generales en los temas impartidos para que sean entes de réplica en caso de rotación de personal o miembros del club de adulto mayor.
- Establecer un programa de salud preventiva y articulada con las Unidades asistenciales del área de influencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Abizanda Soler P, Romero Rizos L. Medicina geriátrica. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en Geriatria. London: Elsevier Health Sciences Spain; 2010.
3. Longo D. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18th ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012.
4. Varela Pinedo L, Varela Pinedo L. Principios de geriatría y gerontología. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.

LINKOGRAFÍA:

5. Alvarez Lauzarique M, Rocha Rosabal M, Bayarre Veja H, Almenares Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 23 October 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000400001&script=sci_arttext&tlng=pt
6. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más de Bogotá, Colombia. Biomédica. [Internet] Colombia: 2016. [citado 2016 jul. 13]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197/3165>
7. Cano, C. La escuela quirúrgica argentina desde el Virreinato del Río de la Plata y sus aportes a la cirugía de la pared abdominal. [Internet]. Sohah.org. 2018 [cited 2 October 2018]. Disponible en: http://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v6i1/11_NH_Hernia_Cano.pdf
8. Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza E, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral [Internet]. Elsevier España. 2017 [cited 25 October 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
9. CNE: Constitución Nacional. Ecuador. 2008. [citado 2015 nov. 25]. Disponible en: <http://www.juridicaoni.com/docs/Ley del Anciano y Reglamento a la Ley.pdf>
10. El envejecimiento y la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 2 Octubre 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=20A85D4459CBE1943DD51108E52C08C7?sequence=1
11. Fernando Saldías P, Orlando Díaz P. Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad [Internet]. Rev. Med. Clin. Condes. 2017 [cited 26 October 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700707>
12. Hernández M, Dios R, Suárez M. Vulnerabilidad, protección y asistencia social en el adulto mayor en México [Internet]. Journals.sfu.ca. 2017 [cited 24 October 2017]. Disponible en: <http://journals.sfu.ca/doxa/index.php/doxa/article/view/8/13>
13. Herrera P. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. Rev Hum Med [revista en la Internet]. Cuba; 2012 [citado 2015 nov. 09]; 12(2): 184-

191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003&lng=es
14. INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. La población adulto mayor en la ciudad de Quito, estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. [Internet] 2008 [citado 2 Octubre 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios Economicos/Evolucion de la indus Alimen B eb 2001-2006/Poblac Adulto Mayor.pdf>
 15. Louro I, Infante O, De la Cuesta D. Manual para la intervención en salud familiar. Infomed [revista en la Internet]. Cuba; 2002 [citado 2015 nov. 09]; Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual para la intervencion en la salud familiar.pdf>
 16. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz A, Gutiérrez-Robledo L et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México [Internet]. Scielo.org.mx. 2017 [cited 25 October 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800032&script=sci_arttext
 17. Mena Aragón E, Sánchez Sarduy M, Reyes Quintana Y, García Martín D. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 24 October 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192016000200010&script=sci_arttext&lng=en
 18. OMS: Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra [Internet] 2015 [citado 2017 oct 22]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/es/>
 19. OMS: Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de envejecimiento y salud. [Internet] 2018 [citado 2018 jul 22]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
 20. OMS: Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. 2018 [citado 2 Octubre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
 21. OPS: Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos Situación de Salud en las Américas. [Internet] 2016 [citado 2016 oct 22]. Disponible en: http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias=236-trifolio-del-adulto-mayor&Itemid=211
 22. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú [Internet]. Scielo.org.pe. 2017 [cited 26 October 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000100004&script=sci_arttext
 23. Placeres José, León R, Delgado I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. Cuba; 2011 [citado 2015 nov. 09]; 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201100040010&lng=es
 24. Ramírez Villada J. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor desde una perspectiva investigativa integradora [Internet]. HALLAZGOS. 2013 [cited 24 October 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v10n20/v10n20a08.pdf>
 25. Rodríguez J, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Sanchoyerto López R, Cervantes Ramos M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del

- adulto mayor [Internet]. 2014 [cited 23 October 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pes-2014/pes141f.pdf>
26. Rodríguez M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor [Internet]. Redalyc.org. 2018 [citado 2 Octubre 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4773/477347195007/>
 27. Romero Vargas, M.; Palacios García, E. Clasificación anatómica de las hernias de pared abdominal [Internet]. Asacirujanos.com. 2018 [citado 2 Octubre 2018]. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2013/2013-vol24-n3-4-act1.pdf>
 28. Sánchez Padilla L, González Pérez U, Alerm González A, Bacallao Gallestey J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 23 October 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000200017&script=sci_arttext&tlng=en
 29. Sepúlveda R, Rivas E, Bustos M, Illesca P. Perfil socio- familiar en adultos mayores institucionalizados: temuco, padre las casas y nueva imperial. Cienc. enferm. [Internet]. Chile; 2010 [citado 2015 nov. 09]; 16 (3): 49-61. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717>
 30. Vincench Medina M, Arias Medina M. Guía práctica clínico quirúrgica para la atención individualizada al adulto mayor con enfermedad herniaria de la región inguinocrural [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [citado 26 Octubre 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812016000100011&script=sci_arttext&tlng=pt

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA:

31. Borrero A.F., Vasques J., Vargas R. (2015) Implementation of a Mobile Application to Promote Self-care in Elder Diabetic Patients. In: Braidot A., Hadad A. (eds) VI Latin American Congress on Biomedical Engineering CLAIB 2014, Paraná, Argentina 29, 30 & 31 October 2014. IFMBE Proceedings, vol 49. Springer, Cham. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-13117-7_203#citeas
32. Destremau B. (2019) Population Aging in Cuba: Coping with Social Care Deficit. In: Vega W., Angel J., Gutiérrez Robledo L., Markides K. (eds) Contextualizing Health and Aging in the Americas. Springer, Cham. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-00584-9_15#citeas
33. Medina R. (2018) Intergenerational Interactions and Alzheimer's Disease. In: Cinematic Representations of Alzheimer's Disease. Palgrave Macmillan, London. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-53371-5_3#citea
34. Paoletti I. (2017) Dignity and the Fourth Age. In: Sieh E., McGregor J. (eds) Human Dignity. Palgrave Macmillan, London. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-56005-6_5#citeas
35. Rodríguez-Tadeo, A., Wall-Medrano, A., Gaytan-Vidana, M.E. et al. J Nutr Health Aging (2012) 16: 426. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12603-011-0349-1>
36. Wong R., Palloni A. (2009) Aging in Mexico and Latin America. In: Uhlenberg P. (eds) International Handbook of Population Aging. International Handbooks of Population, vol 1. Springer, Dordrecht. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-8356-3_11#citeas

ANEXOS

1.-ENCUESTA:

1. Usted como beneficiario, ¿Considera que el proyecto cumplió con los requerimientos solicitados de manera?
Alta () Media () Baja ()

2. ¿Usted como beneficiario del proyecto en qué fases ha participado?
Diagnóstico SI () NO ()
Planificación SI () NO ()
Implementación SI () NO ()

3. ¿Bajo su percepción ha mejorado la calidad de vida de la población, posterior a la aplicación del proyecto?
SI () NO ()

4. ¿La comunidad ha mejorado las capacidades a través de los procesos de formación y transferencia de tecnología de modo sostenible?
SI () NO ()

5. ¿La comunidad ha procesado y documentado las lecciones aprendidas?
SI () NO ()

6. ¿Cómo calificaría usted los productos y/o resultados entregados en base al desarrollo del proyecto?
SI () NO ()

7. Bajo su percepción ¿el tiempo empleado para el desarrollo del proyecto fue?
Excelente () Bueno () Regular ()

8. ¿Considera usted que la organización de las actividades desarrolladas dentro del proyecto fue?
Excelente () Bueno () Regular ()

9. ¿En qué de productos y/o resultados entregados al finalizar el proyecto fortalecen el desarrollo de su trabajo?
Alta () Media () Baja ()

2.- Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jonathan Andrés Tubón Sarmiento, de la Universidad Técnica de Ambato. La meta de este estudio es describir el comportamiento de algunos indicadores de eficiencia de medidas preventivas en los adultos mayores del club gerontológico ubicado en la parroquia Izamba con vistas a proponer una estrategia de intervención educativa dirigida al personal de salud y cuidadores primarios, para lograr elevar cualitativamente su calidad de vida con fines preventivos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jonathan Andrés Tubón Sarmiento. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es describir el comportamiento de algunos indicadores de eficiencia de medidas preventivas en los adultos mayores del club gerontológico ubicado en la parroquia Izamba con vistas a proponer una estrategia de intervención educativa dirigida al personal de salud y cuidadores primarios, para lograr elevar cualitativamente su calidad de vida con fines preventivos.

Me han indicado también que tendré que participar de todos los eventos que conlleva el estudio y responder cuestionarios que evalúan el estado del proyecto en cuestión.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Jonathan Andrés Tubón Sarmiento al teléfono 0983583492.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Jonathan Andrés Tubón Sarmiento, al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

3.- CERTIFICADO DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA PARA VERIFICACIÓN DE SATISFACCIÓN.

CERTIFICADO

La Suscrita Sra. Inés Acurio Hidalgo Directora de la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba” En debida forma y legal forma CERTIFICA que:

El equipo de Docentes y Estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Medicina, desarrollaron en su totalidad y de manera participativa en esta Institución las etapas de Planificación, Ejecución, Monitoreo y Evaluación del Proyecto de Servicio Comunitario para Vinculación con la Sociedad “Valoración e implementación de actividades preventivas en la salud del adulto mayor atendido por el GAD Parroquial de Izamba. Fase II”; con una duración total de 80 horas, siendo los Beneficiarios Directos de este Proyecto la Asociación del personal del Adulto Mayor “San Jacinto de Izamba” integrantes de la entidad a la que represento.

De esta manera se da cumplimiento al Acta de Aceptación y Compromiso suscrita con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a la Universidad Técnica de Ambato, para que dé al presente el uso que a bien tuviera.

Izamba, 19 de Enero del 2018

F. _____

Sra. Inés Acurio Hidalgo

**DIRECTORA DE LA ASOCIACIÓN DEL PERSONAL
DEL ADULTO MAYOR “SAN JACINTO DE IZAMBA”**

3.- Material y actividades realizadas en los talleres.

TALLER N° 1

TEMA: Promoción de estilos de vida saludables alimenticios en base a la problemática (HTA, DM). Respecto a nutrición (horarios y tipos de comida).

Actividad 1: Se da a conocer la importancia de cada grupo alimenticio, sus porciones y su aporte nutricional, en dependencia de cada patología.

Actividad 2: Entrega de volantes

DIETA PARA PACIENTES DIABÉTICOS

GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
Sopas	De verduras naturales sin sal ni consomé.	Instantáneas y de sobres.
Carnes	Pollo sin piel, res magra, pescado fresco, queso cottage y quesos sin sal. Si son embutidos de pavo o pollo (con medida).	Embutidos, salchicha, jamón, salami, carnes curadas o ahumadas, quesos procesados, chicharrones, tocino y huevo. Mariscos.
Frutas	Come aquellas con cáscara (fibra), solo una porción por tiempo de comida.	Banano, mango o papaya, ocasionalmente y en poca cantidad.
Bebidas	Agua pura, leche y refrescos naturales (limonada o rosa de jamaica) sin azúcar, Incaparina, leche de soya o descremada.	Licados, refrescos preparados con azúcar normal o miel. Bebidas enlatadas, para deportistas, energizantes y agua mineral.
Leche o derivados	Descremada, semidescremada, soya o almendra. Yogur bajo en grasa y con sustitutos de azúcar (edulcorantes).	Leche entera, endulzada o chocolatada, evaporada y condensada o yogur con azúcar.
Grasas	Aceite de origen vegetal, de oliva, canola, girasol o soya.	Crema, margarina, incluyendo la dietética, mantequilla, manteca vegetal o de cerdo.
Verduras	Casi todas.	Exceso de zanahoria y remolacha.
Almidón, granos, cereales, raíces y tubérculos	Pan integral, tortilla, frijol, elote, arroz, pastas integrales, papa, yuca, plátano, ichintal o leguminosas (solo en las medidas aconsejadas y en combinaciones adecuadas con otros alimentos).	Pan dulce, pasteles, galletas, donas, postres, pies, barras tipo granola u otras con azúcar, cereales con azúcar o glaseados,
Condimentos y otros	Salsa de tomate preparada en casa, especias naturales para sazonar como laurel, tomillo orégano, ajo, cebolla, vinagre, limón, carne, hierbabuena, cilantro, perejil y canela.	Sal de mesa, consomé, sal de ajo, de cebolla, suavizador o sazonador de salsa de barbacoa, salsa inglesa, de soya, pasta de tomate, comida rápida (hamburguesas, pizza, pollo frito, papas fritas), salsa de tomate, mostaza, alcohol y cigarrillo.



ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR



Una buena nutrición empieza por la boca, para las personas adultas mayores se recomienda que los alimentos sean suaves, en trozos pequeños para ayudar a su buena masticación. Es importante que los alimentos sean atractivos por vista.



Recuerde que la hidratación es muy importante tome de 8 a 10 vasos de agua pura al día a pesar de no sentir sed.



Consuma proteína (carne, pollo, res) en su dieta, la cual ayuda a proteger al organismo de todo tipo de enfermedades.



La fibra de las verduras ayuda a mantener una buena digestión y aporta vitalidad y bienestar.



Los carbohidratos como el arroz, pastas, espaguetis, cereales, le dan más energía pero hay que consumirlos con moderación.



LA RUEDA DE LOS ALIMENTOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
AMBATO
CARRERA DE MEDICINA



ALIMENTACIÓN
SALUDABLE

AMBATO - ECUADOR

RECOMENDACIONES

1. La dieta saludable ha de ser variada (incluyendo alimentos de todos los grupos), equilibrada y moderada (sin excluir ni abusar de ninguno). No existen alimentos buenos o malos para la salud.
2. Es aconsejable realizar al menos cuatro comidas al día, tomando menores cantidades de alimentos en cada una y procurando especialmente que las cenas sean menos copiosas.
3. Se recomienda un consumo de proteínas de 1-1,25 g/kg. de peso y día. Las proteínas deben tener un equilibrio entre las de origen animal (carnes, pescados, lácteos y huevos), o de alto valor biológico por el aporte de aminoácidos esenciales para el organismo, y las de origen vegetal, siendo lo óptimo un reparto en torno al 50% entre ellas
4. Los hidratos de carbono deben de aportar un 50-60% de la energía total consumida, principalmente a partir de hidratos de carbono complejos, que se encuentran mayoritariamente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas. Reducir el aporte de hidratos de carbono simples por debajo del 10%.



5. Las grasas deben aportar un 25-30% de la energía total de la dieta. Las grasas saturadas animales (carne, embutidos, leche, queso, mantequilla, etc.) y vegetales (coco y palma) no deben sobrepasar el 10%, fomentando el consumo de grasas mono y poliinsaturadas (pollo, sardina, arenque, caballa, atún, bonito, salmón, aceite de oliva y colza), y usando aceites vegetales para cocinar y aderezar, especialmente el aceite de oliva.
6. Aumentar el consumo de fibra hasta 20-25 g/día. Las mayores fuentes de fibra son cereales integrales, frutas con piel, hortalizas y leguminosas.
7. Mantener una ingesta adecuada de vitamina D y calcio. La vitamina D se encuentra en pocos alimentos (pescados grasos y alimentos fortificados). Los lácteos y los pescados pequeños con cabeza son los alimentos que mayor cantidad de calcio aportan.

8. La dieta ha de tener una alta variedad de frutas, verduras y legumbres, por su gran aporte en fibra, vitaminas (antioxidantes) y minerales. El consumo de pescado ha de ser mayor que el de carnes y se pueden tomar de 3 a 4 huevos por semana. El consumo de lácteos ha de llegar a 3 raciones al día, siendo lo óptimo una cuarta ración en la mujer.

9. Moderar el consumo de azúcar, dulces (menos del 10%) y de sal (menos de 6 g/día), NO excluirlos por completo de la dieta. Reducir el consumo de embutidos a un máximo de 1-2 días por semana.

10. Beber líquidos a intervalos regulares, aunque no se tenga sed. Preferentemente agua, zumos, caldos, infusiones, etc. Es aconsejable limitar las bebidas estimulantes, carbonatadas y alcohólicas (20-25 g/día, es decir, 1 vasito pequeño de vino en la comida y en la cena, siempre que no esté contraindicado).



TALLER N° 2

TEMA: Promoción de estilos de vida saludables en el área motriz.

Actividad 1: Continuamos con ejercicios demostrativos para trabajar el área motriz.

Actividad 2: Explicamos las características de un calzado adecuado.


RECOMENDACIONES PARA ADQUIRIR UN CORRECTO CALZADO
• Calzado ancho
• Ajustable debe tener siempre cordones
• Suela antideslizante
• Tejido flexible
• Buena sujeción en el talón, evitar el calzado abierto por detrás
• Evitar tacones

Actividad 3: Entrega de volantes informativos

EL EJERCICIO Y SU SALUD


Usted nunca es demasiado viejo para ponerse en forma. El ejercicio es una de las cosas más saludables que se puede realizar.

Las personas mayores pueden hacer de manera sana y sin riesgos alguna forma de actividad física sin tener que afrontar mayores gastos, ya que no es necesario hacer ejercicio en un lugar público o usar equipos caros.



Ejercicios moderados

- natación
- andar en bicicleta
- jardinería
- caminar ligero
- limpiar el piso
- bailar



Ejercicios vigorosos

- subir escaleras
- caminatas enérgicas
- trotar
- béisbol

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FISICO

- Protegen al hombre y a la mujer de la osteoporosis
- Evita la obesidad
- Mejora la circulación sanguínea
- Mejora el equilibrio

CAMINA CON SEGURIDAD

evita las caídas



- 1 Al levantarse, incorpórese poco a poco.
- 2 No utilice escaleras de mano ni taburetes. ¡Es un riesgo, pida ayuda!
- 3 Las zonas de paso, libres de obstáculos.
- 4 Evite suelos mojados o resbaladizos. Mucha precaución en cocina y baño.
- 5 Use calzado cómodo, ajustado y antideslizante. Un bastón da estabilidad y es un buen aliado.



TALLER N° 3

TEMA: Promoción de estilos de vida saludables en el área cognitiva.

Actividad 1: Continuamos con ejercicios para trabajar la memoria en esta ocasión con tablas en las que hay palabras donde durante 10 segundos se las enseñamos y posteriormente nuestros adultos tendrán que recordarlas. La secuencia está compuesta por 7 actividades de tres, cuatro, cinco, seis y siete palabras

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Ala
Dado
Mapa

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Cesta Miga
España Patio

¿Qué palabras eres capaz de recordar?

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

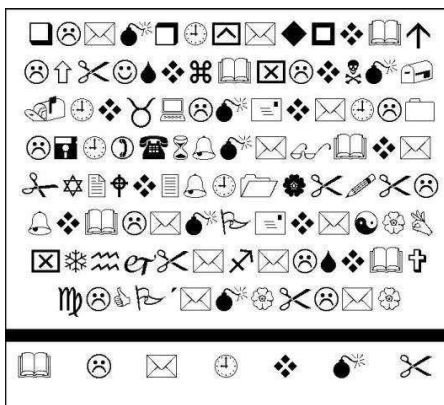
Pluma
Cerdo Marzo
Peligro Puma

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Volante Sol
Caballo Hacha
Onda Abeto

Actividad 2: Con las palabras mostradas anteriormente, el adulto mayor formula oraciones.

Actividad 3: Presentamos una serie de gráficos mediante los cuales los adultos mayores tenían que observar en cierta cantidad de tiempo, para posteriormente tendrán que recordar los dibujos que en ella se encontraban



Actividad 4: Ejercicios matemáticos mediante los cuales presentamos resultados de un ejercicio algebraico mediante los cuales los adultos, reconocieron que tipo de operación daba como resultado dicho número.

$$\boxed{10} \circ \boxed{4} \circ \boxed{1} = 5$$

+
-
-

↑
↑

$$\boxed{5} \circ \boxed{} = 10$$

2
2
2
5
2
2

↑
↑


Actividad 5: Observar las imágenes y explicar que ha sucedido, Ordenar la secuencia como cree el adulto mayor que ha sucedido y poner las imágenes en orden.



Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

1. Historias Clínicas



2. Entrega de Carnets

