



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

“Estudio de diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, y de la formación académica de los promotores de su cuidado en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5 del MIES, 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Panta Vera, Lourdes Clemencia

DIRECTOR: Moreno Hurtado, Carlos Andrés, MSc.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Máster.

Carlos Andrés Moreno Hurtado, MSc.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: "Estudio de diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, y formación académica de los promotores de su cuidado en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5 del MIES, 2017", realizado por Panta Vera Lourdes Clemencia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo del 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Panta Vera Lourdes Clemencia**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Estudio de diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, y formación académica de los promotores de su cuidado en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5 del MIES, 2017", de la Titulación de Maestría en Gestión y Desarrollo Social. Por tal razón, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f).....

Autor: Panta Vera Lourdes Clemencia

Cédula: 1203207368

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas, a mi familia por el apoyo constante en este reto de obtener el título tan anhelado del cuarto nivel.

A todos los tutores de la prestigiosa Universidad Técnica Particular de Loja, donde me dieron la oportunidad de crecer en conocimientos y sabiduría.

A mis compañeros de equipo que siempre estuvieron presente cuando más los necesitaba.

Panta Vera Lourdes Clemencia

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios, a mi esposo Julio, a mis hijos Jhonathan y Julio, a mis compañeros quienes, con su apoyo incondicional, han perseverado en mi la decisión, para alcanzar la meta deseada en obtener la maestría en Gestión y Desarrollo Social y a los tutores de la Universidad Técnica Particular de Loja, gracias a todos y todas.

Panta Vera Lourdes Clemencia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	6
1. EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.....	7
1.1. Definición y características del <i>adulto mayor</i>	7
1.2. Del cuidado del adulto mayor.....	12
1.3. Formación académica de los cuidadores del adulto mayor	17
1.4. Centros de atención del adulto mayor.....	20
1.5. Base legal del Ecuador relacionada con el cuidado del adulto mayor	22
CAPÍTULO II.....	29
2. DATOS ESTADÍSTICOS Y DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO.....	30
2.1. Datos estadísticos del cuidado del Adulto Mayor	30
2.2. Diseño metodológico	34
2.2.1. Diagnóstico del adulto mayor.	35
2.2.2. Evaluación de los promotores del cuidado del adulto mayor.	36
2.2.3. Evaluación de los Centros Gerontológicos.	37
2.2.4. Cálculo de las muestras para diagnosticar adultos mayores y evaluar a los promotores de cuidados.....	38
CAPÍTULO III.....	41
3. ANÁLISIS Y RESULTADOS	42
3.1. Resultados de los test a los adultos mayores.....	42
3.1.1. Escala de Depresión Geriátrica de Test Yesavage.....	42
3.1.2. Escala de Lawton y Brody de Actividad Instrumental de la Vida Diaria (AIVD).	43
3.1.3. Escala de Tinetti.....	44
3.1.4. Escala cognitiva.	45
3.1.5. Escala Barthel-Katz.	46

3.2. Descripción y análisis de los resultados de las encuestas a los promotores de cuidado de los Centros Gerontológicos.....	47
3.3. Análisis de los resultados de las encuestas a directivos de los Centros Gerontológicos de la Zonal 5 del MIES.....	59
CAPÍTULO IV	63
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1. Cuidado y acompañamiento al adulto mayor en los centros	32
Gráfico 2. Escala de Depresión Geriátrica Test de aplicada a los adultos mayores (Zona 5)	42
Gráfico 3. Escala Lawton y Brody aplicada a los adultos mayores (Zona 5)	43
Gráfico 4. Escala cognitiva aplicada a los adultos mayores (Zona 5)	45
Gráfico 5. Escala Barthel – Katz aplicada a los adultos mayores (Zona 5)	46
Gráfico 6. Distribución promotores de cuidado por ciudades	48
Gráfico 7. Estado civil de los promotores de cuidado	48
Gráfico 8. Edad promedio de los promotores de cuidado	49
Gráfico 9. Causas que no permiten continuar con los estudios a los promotores de cuidado	50
Gráfico 10. Grado de satisfacción laboral del Centro Gerontológico	52
Gráfico 11. Horas labora en el Centro Gerontología	53
Gráfico 12. Adulto mayores atendido por los promotores de cuidado	53
Gráfico 13. Relaciones afectiva entre promotor y adultos mayores	54
Gráfico 14. Procedimiento para el cuidado de los adultos mayores	54
Gráfico 15. Tipo de motivación que reciben los promotores; para el cuidado	55
de los adultos mayores.	55
Gráfico 16. Área capacitada, para las actividades que laboran los promotores	55
Gráfico 17. Modalidad para proceso de capacitación	56
Gráfico 18. Áreas que debería fortalecer el Centro Gerontológico	57
Gráfico 19. Infraestructura del Centro Gerontológico	57
Gráfico 20. Modalidad del Centro Gerontológico	58
Gráfico 21. Áreas que deberían fortalecerse directivos de los Centros	59
Gerontológicos	59
Gráfico 22. Calificación de la infraestructura del Centro Gerontológico	60
Gráfico 23. Estado de los mobiliarios de los Centros Gerontológicos	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.Ubicación geográfica Zona 5 – Los Ríos.....	31
Figura 2.Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores	31
Figura 3. Esperanza de vida - Ecuador	33

INDICE DETABLAS

Tabla 1. Instrumentos aplicados	37
Tabla 2. Nómina de centros gerontológicos MIES - Zona 5	39
Tabla 3. Muestra a los adultos mayores y promotores de cuidado.....	39
Tabla 4. Cobertura de los adultos mayores.....	40
Tabla 5. Escala tinetti aplicada a adultos mayores en Centros Gerontológicos- Zona 5.....	44
Tabla 6. Relación de escalas barthel-katz / lawton y brody	47
Tabla 7. Nivel de instrucción y estudios vigentes	49
Tabla 8. Tipo de capacitación y capacitaciones recibidas vigentes	50
Tabla 9. Relación de las capacitaciones con actividad laboral de los promotores de cuidado	51
Tabla 10. Edad y años laborales de los promotores de cuidado	51
Tabla 11. Estado del mobiliario y la infraestructura de los Centros Gerontológicos de acuerdo a los directivos	61

RESUMEN

El presente trabajo de titulación se ha realizado un diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, así como el de la formación académica de los promotores de su cuidado en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5, en el 2017. Los promotores de cuidado constituyen el vínculo directo, donde el adulto mayor y mejorar su relación con las demás personas.

La investigación aplicada es de carácter descriptivo cualitativo y cuantitativo para diagnosticar aspectos que engloban el cuidado de los adultos mayores, encuestas, a través de técnicas como: aplicación de escalas valorativas de los adultos mayores, encuestas que permitirá a promotores de cuidados y a los directivos de los Centros Gerontológicos en estudios; ya que el personal que laboran en la unidad, no han recibido capacitaciones en lo referente a sus roles y funciones, por ello es de suma importancia, establecer recomendaciones y conclusiones enfocadas a mejorar el nivel profesional, y manejo metodológico apropiado al cuidado del adulto mayor, vinculado a los procesos de capacitaciones y formación continua en la especialidad de gerontológica.

PALABRAS CLAVES: Adultos mayores, Promotores de cuidado y Directores.

ABSTRACT

The present titration work has made a diagnosis of the physical and emotional state of adults and older adults, as well as the academic formation of the promoters of their care in the Gerontological Centers of Good Living in Zone 5, in 2017. The promoters of care are the direct link, where the elderly and improve their relationship with other people.

Applied research is of qualitative and quantitative descriptive character to diagnose aspects that include the care of the elderly, surveys, through techniques such as: application of valuation scales of the elderly, surveys that will allow care promoters and managers of the Gerontological Centers in studies; since the personnel that work in the unit have not received training in relation to their roles and functions, it is therefore of utmost importance to establish recommendations and conclusions focused on improving the professional level, and appropriate methodological management for the care of the elderly , linked to the process of training and continuing education in the specialty of gerontology.

KEY WORDS: Older Adults, Care Promoters and Directors.

INTRODUCCIÓN

En la última década la sociedad ha venido mostrando altos índices de población adulta mayor. En el caso de países latinoamericanos, al adulto mayor se lo ve como una población diversa y activa, aunque no para realizar ciertas actividades y se los categoriza en la población de tercera edad que se refiere a la población que tiene más de 65 años de edad. Esta etapa es considerada como la última etapa de la vida de una persona.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), la población de adultos mayores en Ecuador es de 1'077.587, lo cual representa el 6.7% de la población total, lo suficientemente representativa para que el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2012), a través de la política pública para el período 2012- 2013, genere la prioridad de construir la agenda de igualdad para adultos mayores, donde se presentan propuestas de análisis de la formación académica de los promotores de cuidado y, entre otras cosas, cómo mejorar el estado físico emocional de las personas adultas mayores, quienes en su gran mayoría no conocen o tienen acceso limitado a estos programas del Estado que promueve el desarrollo de nuevas estrategias para la atención a la autonomía de los adultos mayores.

El cuidado de los adultos mayores desde la parte de la ética representa la necesidad de una orientación imprescindible, cuando se cuida a personas que tienen limitadas sus capacidades a consecuencia de enfermedades o distintas situaciones, que los invalida y los hacen dependientes exclusivamente de terceros para poder vivir. Hay que reconocer lo complejo que es trabajar con personas cuya salud no es óptima y los problemas que estos pueden involucrar, por lo que no se justifica llevar su cuidado de forma inadecuada. Reflexionar sobre la ética y los valores, como punto de referencia en donde ha de sustentarse el cuidado a otros es hablar del bien, qué es bueno hacer, quién es un buen cuidador y que se hace o se puede hacer para vivir juntos humanamente.

El análisis a través de un diagnóstico en el que se aborda la presente investigación será de mucha utilidad para el conocimiento de la situación actual y las recomendaciones de mejora que se brinden a la problemática estudiada ¿cuál es el cuidado que deben recibir los adultos mayores, en función de sus distintos estados físicos y emocionales? de los Centros Gerontológicos de las provincias Los Ríos, Guayas y Bolívar en la cual se implementaran acciones orientadas a demostrar al cuidado de las personas de tercera edad, la tesis

diseñada sobre los resultados del diagnóstico, valoración física emocional, actividad de la vida diaria, autonomía, cognitiva, entre otras.

En las provincias de Los Ríos, Guayas y Bolívar, que forman parte de la zona 5 del MIES del Ecuador, las pocas intervenciones realizadas para el cuidado y bienestar del adulto mayor, generan preocupación tanto del estado en el que se encuentran los adultos y adultas mayores en dicha región, como del seguimiento y cuidado que se les está otorgando. Con ello surgen varias interrogantes a las que el estudio de diagnóstico intenta dar respuesta, como, por ejemplo: ¿Cuál es el cuidado que deben recibir los adultos mayores, en función de sus distintos estados físicos y emocionales? En ese sentido, ¿es adecuado el cuidado que han recibido los adultos y adultas mayores en los Centros Gerontológicos de la zona 5?

Con estos antecedentes, el presente trabajo de investigación busca realizar un estudio de diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, así como de la formación académica de los promotores de su cuidado, en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5 del MIES, durante el año 2017. Para el efecto, se establecerá como **objetivo general determinar los niveles de formación académica de los promotores de cuidados y cómo influyen en el estado físico emocional de los adultos mayores de los Centros Gerontológicos de la zona 5** y los específicos se han planteado los siguientes:

- Analizar descriptivamente el estado físico y emocional de los adultos mayores de la Zona 5, para el año 2017.
- Determinar la formación académica de los promotores del cuidado de los adultos mayores de los Centros Gerontológicos.
- Contrastar la calidad de cuidado que reciben los adultos mayores en los Centros Gerontológicos de la Zona 5 con la técnica adecuada y plantear recomendaciones de mejoras.

Para el presente estudio, se parte de la hipótesis de que la formación académica de los promotores de cuidado de adultos y adultas mayores en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir, de la Zona 5 del MIES, en el año 2017, no satisface los requerimientos mínimos según las normas técnicas establecida por el MIES como son: metodología aplicada, sistemas instrumental, lineamientos, criterios de atención y estándares de la modalidad.

El contenido de la tesis se estructura con cuatro capítulos: el primero expone el marco teórico, donde se pone de manifiesto las diversas teorías, como definiciones, conceptos, normativas

legales dentro de la política pública, conceptualización de los cuidados al adulto mayor, formación académica de los promotores de cuidado, entre otras.

Esta Investigación ayudará a clarificar la importancia que tiene el diagnóstico del estado físico y emocional de adultos y adultas mayores, y formación académica y conocimientos de los promotores de su cuidado y la calidad de vida de los doscientos veinte y cinco adultos y adultas mayores de los siete Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5 del MIES.

El capítulo segundo corresponde a los datos estadísticos y diseño metodológico del estudio de diagnóstico de la investigación, la evaluación del adulto mayor, promotores de cuidado, Centros Gerontológicos, en la cual se aplicarán las variables en cuanto al estado físico emocional de los adultos mayores y el nivel de formación académica de los educadores. El tipo de investigación aplicada es descriptiva y deductiva, la cual se inicia con la revisión interna en el área de gerontología, el tercer capítulo hace referencia al análisis e interpretación de los resultados del estudio de diagnóstico del adulto mayor, de la evaluación a los promotores y a los centros. La discusión de intervención se exponen en el capítulo cuarto; y, finalmente, el documento contendrá las conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO I

1. EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Las personas adultas mayores requieren atención personalizada por parte de sus familiares y cuidadores, quienes proporcionarán dichos cuidados respetando en todo momento su dignidad; pero al mismo tiempo, ellos tienen que considerar el hecho de no caer en la sobreprotección, por lo que deben permitir siempre que sea posible, que las personas adultas mayores conserven su autonomía en los cuidados que ellas puedan realizarlo y motivarlas a participar en otros cuidados junto con su cuidador o protector, de acuerdo a su condición de salud, ya sea para recuperar su independencia, si es posible y, en caso de no ser así, mantenga sus capacidades residuales intactas, evitando el deterioro y la dependencia total (Fernandez, Rodriguez, & Stolkiner, 2013).

1.1. Definición y características del *adulto mayor*.

Para definir el concepto de las personas adultas mayores, los tratadistas han recurrido a diferentes doctrinas e interpretaciones, considerándolos como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos (MIES, 2012).

Los adultos mayores son considerados como frágiles, presentan características distintivas particulares en relación a la presentación clínica de las enfermedades, matizadas por problemas funcionales, mentales y socio familiares las más relevantes y entre aspectos resultan de gran importancia destacar con el objetivo de enfrentar con éxito la atención del adulto mayor en todas las esferas del ámbito social, por lo que es necesario hacer una reflexión sobre los tiempos actuales y el por qué la necesidad de establecer lineamientos básicos que combinen elementos en la evaluación geriátrica con la clínica del adulto mayor (Romero, 2007).

La Gerontología y la geriatría según Campoverde (2014), son ciencias que de forma conjunta asisten a los pacientes de la tercera edad, tanto en los aspectos psicológicos, sociales, económicos y demográficos, como en sus enfermedades físicas, y que se ven limitadas porque no existen políticas claras y efectivas para otorgar una mejor calidad de vida en los adultos mayores, quienes en esta etapa de la vida padecen en muchos casos de enfermedades asociadas a la tercera edad (alzhéimer, artrosis, diabetes, cataratas, osteoporosis etc.) las que no pueden ser tratadas, diagnosticadas, de manera temprana, pero

sí logran ser atenuadas de manera parcial permitiendo así una mejora en la calidad de vida del adulto mayor (Campoverde, 2014).

Con lo expuesto, el concepto de adulto mayor será enfocado a las personas mayores de 65 años, las cuales estarán bajo la protección de algún familiar o tutela de algún cuidador, quienes tendrán que manejar los cuidados y protección de este grupo de personas que por su condición de vulnerabilidad merecen de una atención que se ajuste a la realidad que afrontan de manera distintiva.

Por lo general a los adultos mayores que tradicionalmente se han visto excluidos de la sociedad, tienen características como seres humanos que al llegar a la tercera edad se visibilizan de distintas maneras entre las que, según Campoverde (2014) se puede detallar:

- Padecen principalmente enfermedades de tipo biológicas como: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson, osteoporosis y cardiovasculares y de tipo neurológico como: alzhéimer, demencia senil. En un contexto sociocultural, aislamiento social, escasa o nula oportunidad de trabajo.
- Poco acceso a parques donde puedan encontrar juegos apropiados a su edad para la realización de actividades físicas.
- Discriminación familiar, si no aporta económicamente con su pensión de jubilado.
- Diferencia cultural hace que su autoestima este muy bajo, si no tiene independencia económica, necesariamente debe retribuir con trabajo físico su estadía en el hogar entre otras.

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia & Orozco, 2005).

La calidad de vida en el adulto mayor incluye verse como ingredientes esenciales antes y después de los 60 años, del envejecimiento exitoso, con un sentido ético dictado por la medida en que esas personas mayores pobres tengan la posibilidad de envejecer activa y

saludablemente. De igual manera, interviene la actividad física que aparece una y otra vez como un ingrediente esencial para lograr envejecer exitosamente, además, cada día surgen más pruebas de los notables beneficios del ejercicio regular y moderado en lo que respecta a la longevidad.

La calidad de vida de la población es un proceso amplio y complejo que involucra el bienestar, felicidad, satisfacción propia de cada individuo, quien está inmerso por el entorno en el que vive, la sociedad, la cultura y las escalas de valores, donde también juega un papel importante la salud física de la persona, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y relación con el entorno (INISA, 1994).

El concepto de calidad de vida surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos, que tienen una fácil traducción cuantitativa, incluso monetaria, como renta per cápita, salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, nivel educativo y condiciones de vivienda (OMS, 2012).

La calidad de vida en la vejez considera aspectos tanto sociales como psicológicos, ya que la misma está asociada a factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, siendo fundamental el sentido de coherencia, elemento que no se relaciona con las habilidades o enfermedades de las personas, sino más bien, con la capacidad de resistir ante eventualidades que surgen y afrontar cambios fuertes; por lo tanto, la calidad de vida adquiere mayor importancia, cuando se refiere a la calidad de vida en la vejez, ya que otros elementos como la integración social, hacen que el adulto mayor sienta satisfacción ante su desarrollo intelectual y social (Satorres, 2013).

La valoración de la calidad de vida en el adulto mayor se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías bien diferenciadas conceptualmente: físico-biológicas (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño, etc.), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad), sociales (situación laboral, relaciones familiares, recreación, etc.). Tal valoración es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con su propia jerarquía de valores.

El poder evaluar la calidad de vida de los adultos mayores se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de esta se pueden detectar falencias en la forma de proceder de los promotores de cuidado, así como de la familia; además, se logra

determinar si lo que se hace es suficiente o no y así diseñar cada vez mejores métodos para su cuidado. La consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar.

Los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: los contextos dependientes como dimensiones física, emocional, social y los contextos as variables independientes que involucran a las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del adulto mayor (Vinaccia & Orozco, 2005).

El envejecimiento es un proceso normal asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad (UJA, 2010).

El envejecimiento es más una construcción social que un fenómeno psico-biológico, por tanto, son los condicionantes sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores. Es decir, se deja de tratar a la vejez como un asunto solamente biológico, para considerarla como una posición social (Aranibar, 2001).

El adulto mayor y el envejecimiento es una transición presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser. Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas. El conocimiento de este fenómeno permitirá profundizar en la comprensión del concepto, así como proponer estrategias de intervención, y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento (Alvarado & Salazar, 2014).

En general, la mayoría de los especialistas en el tema de los adultos mayores, definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio

interno; esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la ¡Muerte! (Queralt, 2016).

Estos cambios inevitables se consideran “envejecimiento fisiológico”, a los que se añaden los cambios que ocasionan los diferentes estilos de vida, el medio ambiente y las enfermedades padecidas, es decir el “envejecimiento patológico”. Este último es diferente para cada individuo y para cada órgano y sistema; da la “edad biológica o funcional”, en contraposición con la “edad cronológica”. Todos conocen a personas que representan una edad diferente de la suya, a veces más viejos, a veces más jóvenes. Envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida por lo que se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio sus efectos es imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo.

Zaidi (2008) considera que el envejecimiento de la población podría considerarse un peligro o podría ofrecer nuevas oportunidades para la sociedad, dependiendo de cómo se esté preparado para ello. Es un reto para el que debe prepararse la sociedad y si se prepara bien y con antelación, esto realmente podría suponer una oportunidad para desarrollar todavía más rápidamente y con mayor extensión la cohesión social entre generaciones, pero también podría suponer un riesgo si no se consideran todos los desafíos que requiere el fenómeno del envejecimiento de la población.

Por lo que, analizado el tema, en el entorno planteado se considera que el envejecimiento tomado inicialmente como un proceso fisiológico debe ser sustentado en sus otros aspectos que vienen asociados al mismo, no solo para poder palear el proceso, sino para que estos se puedan llevar de forma coordinada y sean dirigidos tanto a la población directamente relacionada al proceso como a los actores que se encuentran inmersos en él.

El fenómeno del envejecimiento de la población es una cuestión a la que se puede referir como el espíritu del tiempo: se piensa en los beneficios de la longevidad y se tiene opiniones sobre cómo afrontar de la mejor manera posible el desafío de una vida más larga (Zaidi, 2008). Al envejecimiento según Leal (2006) se lo puede destacar desde diferentes enfoques de una misma realidad:

- Desde el punto de vista biológico se hace referencia a todas las modificaciones morfológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

- Desde el punto de vista legal se hace referencia a la edad en que la mayoría de las personas se retiran de trabajar.
- Desde el punto de vista psicológico, existen unos factores determinantes de la psicología del anciano, como pueden ser la presencia de miedos al cambio, aislamiento, sentimiento de inutilidad, entre otros.
- Desde el punto de vista demográfico, se considera que la población envejece cuando el peso relativo del conjunto e individuos que superan los 65 años.
- Desde el punto de vista económico, se hace referencia a la población dependiente en relación a la población activa.
- Desde el punto de vista sociológico, sería el proceso mediante el cual los individuos van cambiando sus pautas de comportamiento, social y económico a la vez que modifican su relación con el medio que habitan (Leal, 2006).

1.1. Del cuidado del adulto mayor.

Según Sánchez (2007) el adulto mayor institucionalizado requiere de un cuidador capacitado que se comprometa a satisfacer sus necesidades básicas y afectivas que contribuyan a una mejor calidad de vida. El rol que juega un cuidador no es una tarea fácil, implica una serie de compromisos, dirigidos a contribuir al bienestar del adulto mayor, ya que este viene a formar un pilar fundamental dentro de su vida cotidiana.

Cuidar a las personas mayores exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de ese otro a quien se está cuidando y una gran capacidad para mantener la autonomía de esa persona mayor, de allí que el perfil del personal a cargo del cuidado del adulto mayor se lo puede definir en vivo.

- El promotor de cuidado debe brindar al adulto mayor, actividades productivas, movilidad, buena salud, entretenimiento y diversión, para ofrecerles Una mejor calidad de vida, por lo tanto, se requiere de promotores que destaquen por sus actitudes, habilidades, valores en el campo de la ética, la sensibilidad, el respeto y el amor a las personas de la tercera edad.
- El promotor de cuidado debe ejercer su labor profesional atendiendo al adulto mayor, para brindarle una mejor calidad de vida que contribuya al bienestar social del mismo.

- Los promotores de cuidado dedican su tiempo y esfuerzo al adulto mayor para que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles en el aseo, la alimentación, movilidad entre otras cosas (Sánchez, 2007).

Es decir, el familiar o cuidador del adulto mayor deberá obtener conocimientos básicos en cuanto al cuidado para poder manejar de mejor forma la realidad de la persona que está a su cargo, ya que el entorno de ambos deberá estar en un nivel de equilibrio que permita manejar las situaciones diversas que se manifiesten en el adulto mayor con la mayor y establecer un ambiente positivo y de integración.

Es importante destacar que el MIES (2014) establece en los estándares institucionales N° 29 al 31, donde se especifican las características del promotor de cuidado para Centros Gerontológicos residenciales y diurnos entre los cuales se especifica que el equipo de talento humano de los Centros Gerontológicos residenciales y diurnos estará constituido por las siguientes personas:

- Un/a coordinador/a con título de tercer nivel en áreas de administración, áreas sociales, de salud o afines; con experiencia mínima de 3 años en administración y/o trabajo con personas adultas mayores. Será el responsable de la gestión del centro: planificar y coordinar las actividades del servicio y articular acciones con las familias, la comunidad y los centros gerontológicos en su área de cobertura.
- Un cuidador/a con experiencia en la atención de personas adultas mayores con certificado de auxiliar de enfermería, por cada 10 personas adultas mayores autónomas y 4 dependientes, que cumplirán turnos rotativos de 8 horas cada uno en los horarios residencial y vespertino; y en horario nocturno con un cuidador por cada 12 personas. Se deberá considerar la cantidad necesaria de cuidadores para fines de semana, feriados y vacaciones de tal manera que no se interrumpa el servicio normal de atención.
- Una/un facilitadora/or con experiencia en manejo y trabajo de grupos, por cada 15 adultos mayores por sesión, con un promedio de dos sesiones diarias. El facilitador desarrollará actividades de inclusión: culturales, lúdicas, manuales, físicas, informáticas, entre otras, de acuerdo a la realidad local y necesidades de la población usuaria.
- Los centros gerontológicos residenciales privados deberán tener 1 profesional médico y los centros gerontológicos públicos y privados con convenio, deberán contar con 1 profesional médico asignado por el Ministerio de Salud Pública según determine sus

normas y protocolos, con dedicación mínima de 3 horas semanales por cada 10 usuarios. En el caso de que el centro supere los 25 usuarios se requiere contar con un profesional mínimo de 10 horas semanales (MIES, 2014).

Para la Organización Panamericana de la Salud (2012) los enfoques actuales en gerontología y geriatría orientan a los promotores de cuidado en la salud del adulto mayor hacia la comprensión del envejecimiento como un fenómeno de interés social y multisectorial, por lo que la promoción de estilos de vida saludables, el envejecimiento activo y el derecho a la calidad de vida son de alta importancia en la salud de los adultos mayores. Ello define la necesidad de abordar el tema desde múltiples perspectivas que permitan reconocer su complejidad. La enseñanza ha de trascender los aspectos geriátricos e incluir los determinantes sociales de la salud del adulto mayor, a través de la enseñanza de los procesos de envejecimiento saludable y el papel crítico de los promotores de cuidado.

El MIES, se encuentra a cargo de la ejecución de planes destinados a proteger los derechos de los adultos mayores, esta institución ha creado varios centros de atención al adulto mayor a nivel nacional. Se debe considerar que, uno de los factores que más afecta al adulto mayor es precisamente el psicológico, el sentirse solos, el sentir que ya no hay nadie a quien le importe, ser una carga para los demás, muchas veces sentir que los demás lo desprecian o inclusive creer que es mejor morir que seguir causando molestias a los demás estos pensamientos son los que llevan al adulto mayor a un estado de depresión aguda, lo cual acarrea graves consecuencias a su salud (MIES, 2014).

De acuerdo a las premisas expuestas con anterioridad por el MIES y la OPS, se considera que establecer y desarrollar un nivel de comprensión y atención al envejecimiento permitirá a este sector de la población, manejar y llevar un estilo de vida saludable, activo, respetando los derechos y la calidad de vida que son de alta importancia en la salud de los adultos mayores. Es por tal razón que se ha considerado el uso de varios test que permitirán medir los procesos geriátricos que se manejan dentro de los centros, los niveles de marcha y equilibrio, los trastornos depresivos y el estado mental de los adultos mayores entre los cuales se pueden señalar las escalas que se describen en el párrafo contiguo:

- **Escala de Lawton y Brody**

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades

de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: en los procesos metodológicos; como es, la capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8 donde reflejando la máxima dependencia y la independencia total, respectivamente (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2011).

- **Escala Tinetti**

La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación. Generalmente se le pregunta al paciente si tiene miedo de caerse, ya que se ha comprobado que una respuesta afirmativa tiene un valor predictivo del 63% y del 87% si se trata de personas mayores con un grado apreciable de fragilidad.

La escala de Tinetti para evaluar el equilibrio del paciente se realiza utilizando una silla sin brazos apoyada sobre la pared y colocando el médico junto a ella en posición de pie. Se evalúa la capacidad de equilibrio al sentarse en la silla, si lo hace con normalidad y sin necesidad de ayuda o si se deja caer situándose fuera del centro de la silla, si es capaz de mantener la posición, se mantiene erguido sin problemas o se separa del respaldo o se inclina levemente hacia un lado. Con esto se busca determinar si hay algún tipo de vacilación al iniciar la marcha, si se desvía de la trayectoria rectilínea, si pierde el paso o el equilibrio, cómo da la vuelta para volver a realizar el mismo camino en sentido contrario o si es capaz de caminar normalmente a pesar de los obstáculos que se le pongan en el camino (Sanitas, 2017).

- **Escala de Depresión Test Yesavage**

Según lo expuesto por Gómez & Campo (2010) la evaluación de los trastornos depresivos en adultos mayores requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades

psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva para el personal especializado y no especializado de atención primaria y asistencia integral. Es primordial identificar tempranamente, en forma sencilla y práctica, trastornos depresivos en adultos mayores, debido a que tienen connotaciones negativas en la vida de este grupo poblacional, de aquí la utilidad y aplicación de la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS).

Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30), posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15), que ha mostrado su utilidad como instrumento de Tamizaje en grandes poblaciones (Gómez & Campo, 2010).

- **Escala de Valoración Cognitiva**

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La fragilidad cognitiva depende de variables orgánicas; factores psicosociales, y entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.

Para Córdoba (2014) Conocer el grado de deterioro cognitivo permite, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

Para la valoración de la esfera cognitiva se cuenta con múltiples test, de los que se destaca, por su amplia difusión en el medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes:

- Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ).
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).
- Test del reloj.
- Set-tests.

- Test de los siete minutos

Una vez detectado un posible deterioro cognitivo, la elección de uno u otro test dependerá tanto del nivel asistencial donde se encuentra, como del tiempo disponible, de los recursos de que se disponga, así como de la finalidad del mismo (Sanjoaquín, Fernández, Mesa, García, & Calvo, 2015).

- **Escala de Barthel–Katz**

La escala de Katz para Rodríguez (2015) es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar de un hospital de Cleveland para enfermos hospitalizados por sufrir fractura de cadera, consta de seis apartados: Baño, vestirse/desvestirse, uso del inodoro, movilidad, continencia, alimentación. Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos, la propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas.

La escala de Barthel publicada en 1965, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el anciano y es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia ya que evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los apartados relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

Estas actividades son: baño, vestido, aseo personal, uso del inodoro y transferencias (traslado cama-sillón), subir/bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación. Presentan gran valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta en pacientes con accidente cerebrovascular (Rodríguez, 2015).

1.2. Formación académica de los cuidadores del adulto mayor.

El cuidar un adulto mayor no siempre es fácil, ya que a menudo presenta cambios en su conducta o comportamiento, haciendo cada vez más difícil la interacción con él, es por eso que el cuidador debe conocer la manera de afrontar las situaciones difíciles de

comportamiento y a la vez tratar de buscar la mejor solución. Es esencial que el cuidador tenga una salud mental, física y emocional ya que el cuidar a un adulto mayor no es una tarea fácil, por lo cual lleva una gran responsabilidad y así mismo crea mucha satisfacción (Sánchez, 2007).

Por lo tanto, es importante considerar el análisis de la formación académica de las personas que cuidan de este sector de la población, debido a que su preparación constituye un conjunto de conocimientos adquiridos, los cuales serán una herramienta que ayudarán a consolidar las competencias que el promotor de cuidado debe tener, para realizar de mejor forma su gestión (Gaviria, 2014).

El plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (CE144/9) sostiene que, los sistemas de salud deben afrontar el reto de la atención de un usuario con características y necesidades diferentes a las habituales OPS, (2012). Para ello, los trabajadores del sector necesitan nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención de este grupo de población, por lo que es indispensable definir las competencias y los contenidos mínimos en materia de geriatría y gerontología para los profesionales y trabajadores de salud acordes con las necesidades de cada país, incluir contenidos sobre envejecimiento en la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales de salud y ciencias afines y fomentar la formación especializada en geriatría y gerontología (Sosa & Salinas, 2012).

Debido a la urgencia que la situación requiere, se deben tomar las medidas necesarias, de corto o mediano plazo, para proveer a los sistemas de salud de recursos humanos formados, a fin de dar respuesta a los nuevos perfiles epidemiológicos a los que da lugar el envejecimiento de las poblaciones. En tanto, algunos países de la región llevan ya recorrido un largo camino en este sentido, otros reaccionan lentamente frente a las demandas de la situación (OPS, 2012).

Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone. Si se piensa en que cada vez es mayor el porcentaje de población de más edad, debido fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, resulta evidente que aumentará, en un futuro próximo, el número de personas que

necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto, el número de cuidadores (Fundación EROSKI, 2016).

Para Román (2005), por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de los adultos mayores (72% de la ayuda). En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

Para Compean, Silerio, Castillo, & Parra (2008) en la mayoría de las familias es una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, la mayor parte de estos cuidadores principales son las mujeres: esposas, hijas y nueras. Las estadísticas indican que cada de ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor en el país son mujeres que fluctúan entre las edades de 45 y 65 años. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa (Compean, Silerio, Castillo, & Parra, 2008).

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores, como cuidadores principales o como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación (Román, 2005).

Según lo expuesto por la Fundación EROSKI (2016) la vida de aquellas personas que atienden a un adulto mayor dependiente puede verse afectada de muchas maneras. Es frecuente que experimenten cambios en las relaciones familiares, el trabajo y su situación económica, su tiempo libre, su salud o su estado de ánimo. El carácter de estas transformaciones también puede ser positivo, aunque se tienda a considerar sus consecuencias como exclusivamente negativas. El perfil no ha variado mucho dentro de los últimos años, por lo tanto éste sería: hija, de edad entre 40 y 50 años, casada con hijos y trabajando fuera del domicilio familiar, el cuidado de un familiar que depende de ayuda para satisfacer sus necesidades, puede ser una experiencia conmovedora.

Es de gran importancia resaltar algunos consejos, que serán de gran ayuda para la persona que se dedique al cuidado del adulto mayor, entre los que se puede mencionar los siguientes: dormir bien, no consumir alcohol, fumar ni ingerir medicamentos no prescritos, no aislarse,

mantenerse sano e ir al médico continuamente, reír, amar y dar cariño, mantener metas personales, dedicarse tiempo libre al día, semana o mes (Revista Accesos, 2016).

Estudios y datos actuales avalan que la esperanza de vida de los adultos que llegan a los 60 años es de 20 años más y los que llegan a 80 de 6 o 7 años más. En el mundo actual se habla de la existencia de una población envejecida en la cual se observa una proporción de personas mayores de 60 años moviéndose en rangos donde de cada 4 personas algo más de uno es adulto mayor (CEPAL, 2014).

Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única ya que son muchos los aspectos que hacen diferente a cada cuidador. El por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar de edad avanzada, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, entre otros, son algunos de esos elementos (Román, 2005).

Es por ello que el análisis de las dificultades en el cuidado de los adultos mayores, con diversos grados de dependencia en el ámbito del hogar y la familia, reflejan sentimientos de amor y abnegación, acompañados por la angustia que provoca el afrontamiento de una tarea en la que las cuidadoras principales son mujeres y han perdido progresivamente el apoyo familiar y social. El alargamiento de la vida ha implicado en edades avanzadas la generación de enfermedades que inhabilitan a las familias para un cuidado de los ancianos permanente y limitado a sus propios recursos.

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social. Sin embargo, durante el pasado siglo, se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasaron el inicio de lo que el hombre ha llamado etapa de vejez y se transformó el privilegio de algunos en una oportunidad para muchos; esto convirtió el envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas (Moscardi, 2011).

1.3. Centros de atención del adulto mayor.

Un centro geriátrico es una institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y el tratamiento de los individuos ancianos. Cuando las personas avanzan en edad, su estado de salud se vuelve mucho más frágil, desde lo físico y hasta lo

psíquico, requerirá muchas veces de un cuidado especial y muy preciso que a veces la familia no logra brindar o tampoco puede hacerlo. Por otra parte, puede suceder que el adulto mayor se encuentre solo, entonces, decide ingresar a una institución de este tipo que le garantizará un cuidado y una atención dedicada durante las 24 horas del día (Falcón, 2012)

Los Centros Gerontológicos constituyen un nivel asistencial de cuidados de larga duración, destinado de forma prioritaria a pacientes de edad avanzada, con dependencia física y/o psíquica, con morbilidad y problemática social. La asistencia en estos centros deberá ser planificada centrándose en la persona y en su seguridad. Los profesionales cualificados, implicados y en número suficiente son la piedra angular en la estructura de una atención de calidad. La asistencia deberá monitorizarse y evaluarse de forma continua, implantando acciones innovadoras para mejorarla. La mejora en la calidad de la asistencia prestada deberá dar como resultado la mejora en la calidad de vida de sus residentes (Álvarez, 2007).

Al envejecer la salud se deteriora, disminuye la capacidad productiva, bajan los ingresos y hay menos oportunidades de trabajo, amigos y familiares contemporáneos mueren, se deja de ser el sostén familiar. Todos estos factores sumados a enfrentar el hecho de que la vejez es el comienzo del fin hacen a las personas de la tercera edad vulnerables a la depresión. La depresión en el anciano no solamente es un problema psiquiátrico o psicológico, tiene también consecuencias físicas como insomnio, falta de apetito, deterioro de la memoria, pérdida de la capacidad. Por ello la demanda por centros de entretenimiento para adultos mayores, se estima aumentará en un mediano plazo ya que de acuerdo a los pronósticos de población se espera para el año 2025 haya unos 2'235.000 adultos mayores versus los 876.000 que había en el año 2000. Muchas más personas tendrán la necesidad de buscar una alternativa de esparcimiento privado, que les permita integrarse con personas afines (Cires, 2012).

Como modelo de Centros Gerontológicos se tomará a los Centros Residenciales del Buen Vivir para personas adultas mayores que brindan servicios de atención de última instancia, ofrecidos a las personas adultas mayores de 65 años de edad o más, que se encuentran en situación de abandono comprobado, falta de referentes familiares, extrema pobreza y/o en condiciones de alto riesgo, según los lineamientos establecidos en la guía operativa del modelo de atención de los centros diurnos del buen vivir para el adulto mayor (MIES, 2013).

Estos centros tienen la visión de ser una institución que brinda una atención integral con calidez, calidad, eficiencia y eficacia a los adultos mayores, resaltando permanentemente la importancia del respeto a los derechos humanos y la inclusión social, para un envejecimiento

digno, activo y saludable. Su misión es brindar una atención de calidad y calidez personalizada a través de un equipo multidisciplinario, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, en especial de las que se encuentran en situación de abandono, o indigentes, o que carecieren de familia.

El modelo de atención centrado en la persona, está orientado al mejoramiento de su calidad de vida y bienestar en su entorno habitual. Este modelo toma en consideración los derechos, preferencias y deseos de las personas adultas mayores por lo tanto toma en cuenta la dignidad y el impulso de la autonomía. La dignidad entendida, como el reconocimiento de la persona como valiosa en si misma por el simple hecho de su condición humana, por lo tanto, la declaración de que todo ser humano independientemente de sus características particulares como raza, edad, sexo, condiciones psicológicas, físicas, situación socioeconómica, cultural, formas de pensar y creencias sea merecedora de todo el respeto (MIES, 2013).

Así, la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado." (OPS, 1997).

1.5. Base legal del Ecuador relacionada con el cuidado del adulto mayor.

La Constitución del Ecuador establece en su art 66 “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios (Asamblea Constituyente, 2008)

La Constitución del 2008 a diferencia de la que regía del año 1998, reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria; mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos.

De acuerdo con CEPAL (2013) las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución, parten del reconocimiento del Estado como “constitucional de derechos y justicia” (Artículo 1), frente a la noción de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista legislación secundaria. La Constitución ecuatoriana amplía, además, las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales Ávila (2008: 3-4). De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos universales de los ciudadanos y ciudadanas del país.

La Constitución de la República del Ecuador vigente, contiene un importante capítulo sobre los derechos de las “personas adultas mayores” (capítulo tercero derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Artículo 35); este hecho es de particular importancia toda vez que la Constitución es la norma máxima del país, cuya aplicación es obligatoria tanto en el ámbito público como en el privado.

De igual manera se establecen importantes articulados sobre los derechos de las personas adultas mayores a la protección, seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, así como se manifiestan taxativamente las responsabilidades y obligaciones del Estado en el reconocimiento de estos derechos, particular que se debe destacar por tratarse de un logro para la población de adultos mayores (CEPAL, 2013).

El MIES organismo rector en la atención al adulto considera a los adultos mayores como actores del cambio social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social, a través de la atención en centros gerontológicos o programas de atención alternativas en el hogar para garantizar el acceso, la cobertura y la atención de calidad a este grupo de población de atención prioritaria. Existen sectores que aún no son intervenidas con estos programas y este es el caso del sector en el cual se realiza esta investigación, por lo que los adultos mayores necesitan ser atendidos y acceder a los beneficios que indica la política pública (MIES, 2014).

Por otro lado, la ley del adulto mayor, según lo establecido por La Comisión de Legislación y Codificación de H. Congreso Nacional de conformidad con lo dispuesto Art. 160 de la Constitución Política de la República, realiza la presente Codificación de la Ley del Anciano, observando las disposiciones de la Constitución Política de la República; bajo Decreto Ejecutivo N° 386, publicado en el Registro Oficial N° 83 del 23 de mayo del 2000. La Ley del

anciano data de 1991. Desde el propio concepto de anciano ya resulta inadecuado cuando los adultos mayores, a partir de los 65 años de edad, tienen una calidad de vida con una condición de entereza y autosuficiencia notables.

La Ley del Anciano fue aprobada, con el objetivo fundamental garantizar el derecho a un nivel vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales para una asistencia útil y decorosa (Congreso Nacional, 2016).

Sin embargo de acuerdo los cambios requeridos en la Asamblea Nacional, según consta con fecha mayo del 2012, donde se plantea el nuevo Proyecto de Ley Reformatorio a la Ley del Anciano en concordancia con los art 54 y 55 de la ley orgánica de la Función Legislativa, con la presencia de los miembros de la Asociación por la Dignidad y Derechos Humanos de los Jubilados Adultos Mayores, se inició la Sesión No. 66 de la Comisión con el único punto a tratarse: Informe para segundo debate de la Ley Reformatoria a la Ley del Anciano. Tal como los y las asambleístas, en el marco del primer debate de esta ley reformatoria solicitaron que no se haga una simple reforma a la Ley del Anciano, sino una reforma integral y total a esta ley, incluso con cambio de nombre ya no como Ley del Anciano sino como la Ley del Adulto Mayor, la comisión presentó un primer borrador del informe, que recoge el aporte y las observaciones de los y las asambleístas (Tibán, 2012).

De aquí la importancia que se destacan en los artículos 2, 5 y 15 de la ley del adulto mayor, donde se manifiesta:

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 15.- Las personas mayores de 65 años, gozarán de la exoneración del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial, y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales.

Se ha descrito la necesidad de la participación social para la construcción de un plan de acción realizable que integre el trabajo interinstitucional y multidisciplinario para ofertar a las personas adultas mayores, la oportunidad de acceder a una vida digna. El bienestar de la población y el de los adultos mayores en particular depende en gran medida de su nivel de educación, pues tiene una estrecha relación con la actividad que desarrollan, así como con las actitudes y valores que se adquieren gracias a ese mejor nivel (CEPAL, 2014)

Las personas de 65 años y más tienen derecho a: ejercer sus derechos y libertades fundamentales en el pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades y su vida privada. El derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida. Hacer integrados a la sociedad y a participar activamente en ella. Ser exonerados de Impuestos fiscales y municipales. Ser exonerados del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo, y fluvial, y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales. Exoneración del 50% del consumo que causará el uso de los servicios de energía eléctrica, agua potable y teléfono (MIES, 2012).

En Ecuador la base legal que orienta al proceso de atención de los grupos prioritarios está sustentada en la Constitución del 2008, en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, la Ley del Anciano y otros instrumentos que aportan a la atención de esta población.

El Art. 36 de la Constitución del Ecuador señala que: 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”. Al respecto el Art. 38 del mismo cuerpo legal sostiene que será el Estado el que establezca las políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores; estas “...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.” (Asamblea Constituyente, 2008).

Según lo establecido en el art 38 de la Constitución se garantizarán las condiciones necesarias para que el adulto mayor reciba atención en nutrición, salud, educación y cuidado diario, haciendo que se cumplan sus derechos para la protección integral, se construirán espacios para que puedan ser atendidos aquellos adultos que no cuentan con un familiar para su

cuidado y no cuentan con una vivienda para residir, se sancionará en el caso de abandono por sus familiares o las instituciones que no brindan su protección.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que 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 (CEPAL, 2013).

Las políticas relativas al adulto mayor deberán ser transversales de manera que formen parte de la estrategia general que busca el país para la atención de este grupo prioritario y así lograr proyectar a una región altamente competitiva y creciente. Estas políticas deben adoptarse de manera que permitan beneficiarse a las personas mayores y hacer que en las sociedades haya lugar para personas de todas las edades, además, el concepto de que se dé al adulto mayor, tendrá que ser el centro de todas las futuras estrategias políticas en el país.

Las políticas de cuidados de larga duración, asumirán una serie de retos por lo que es importante resaltar que existe una incertidumbre considerable acerca de la naturaleza y alcance de dichos retos. Un aspecto importante con respecto a la preparación reside en las medidas preventivas: se deberá fomentar la adopción de estilos de vida que supongan mejoras en la salud y estado funcional de las personas en la última etapa de su vida, hay que ser conscientes durante las primeras etapas del curso vital que un estilo de vida saludable proporcionará no solo una vida más larga sino también un buen estado de salud durante esos años de vida adicionales que se gane (Matus, 2015).

Por ende, todos los datos y demás documentos elaborados en los eventos mencionados con relación al adulto mayor se orientan hacia los siguientes aspectos específicos para su beneficio, según lo identifica el MIES dentro de los siguientes aspectos:

- Proteger los derechos humanos y crear condiciones de seguridad económica, participación social y de educación, que favorezcan su inclusión en la sociedad y el desarrollo.
- Facilitar el acceso a servicios de salud integrales y adecuados, que contribuyan a su calidad de vida, su funcionalidad y autonomía.

- Crear entornos físicos, sociales y culturales que propicien el desarrollo y el ejercicio de sus derechos.

Existen varios instrumentos internacionales que incluyen disposiciones sobre los derechos de las personas adultas mayores, como son:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la recomendación General No.27 del comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer.
- Convenio 111 sobre la discriminación empleo y ocupación.
- Convenio 102 sobre la seguridad social.
- Convenio 128 OIT sobre prestaciones de invalidez vejez y sobrevivientes.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales.

La agenda de igualdad, para las y los adultos mayores, presentada por el MIES en el año 2012, la misma que se sujeta y articula al Plan Nacional para el Buen Vivir, constituye un instrumento de política pública, elaborada con la participación activa de la ciudadanía más la de otros estamentos y niveles de gobierno que, al ser implementadas, permitirían a la población una vida más digna.

Según el MIES (2013), en efecto, el estado ecuatoriano define hoy, como prioridades, la erradicación de una vez por todas de las desigualdades, de la exclusión, la discriminación o violencia de cualquier tipo, así como las nuevas formas de esclavitud, materializadas en la trata y tráfico de personas, la violencia intrafamiliar, la explotación sexual, el trabajo infantil, la mendicidad y otros flagelos que atentan contra la dignidad humana.

En este marco se construye la agenda de igualdad para las y los adultos mayores, que está sujeta y articulada al Plan Nacional para el buen vivir, lo que constituye instrumento de política pública, elaborada con la activa participación ciudadana más la de otros estamentos y niveles de gobierno que, una vez implementadas, permitirán a la población una vida con dignidad. De esta agenda de igualdad se posibilitará el desarrollo como base fundamental, no solo para la

construcción de la ciudadanía y cohesión social, sino para el buen vivir individual y colectivo (SENPLADES, 2013).

Existe grandeza en los adultos mayores porque han tenido carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes, en un momento cuando la vida y el corazón son alimentados por la experiencia. Para los adultos mayores, su vida fue su más importante proyecto y para conseguir sus metas, no solo debe acompañarles un cielo despejado, sino su propia fuerza y la mano del estado para enfrentar los tramos finales de aquellos interminables caminos (MIES, 2013).

Entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales (Cuadra, Medina, & Salazar, 2015).

CAPÍTULO II

2. DATOS ESTADÍSTICOS Y DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO.

Se presentarán datos estadísticos sobre el cuidado de adulto mayor, también se expondrá el estudio metodológico y su diagnóstico, con la finalidad de evaluar las tendencias en el cuidado del adulto mayor, desde el punto de vista de los cuidadores y desde la óptica de los directivos de los Centros Gerontológicos.

2.1. Datos estadísticos del cuidado del Adulto Mayor.

El crecimiento considerable de la población de adultos mayores en el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010), de acuerdo con el último censo nacional, encontró que existen 1'229.089 personas mayores de 60 años, en su mayor cantidad en la región sierra, 529.426 mientras que en la región costa hay 589.431, también se comprobó que la mayor cantidad de ellos tienen entre 60 y 65 años.

Así mismo, según cifras del INEC (2010), el 11% de los adultos mayores en el Ecuador viven solos, el porcentaje más alto de esta cifra se registra a nivel Zonal en la costa, mientras que los adultos mayores que viven acompañados lo hacen en su mayoría con algún familiar directo.

Las políticas relacionadas a la tercera edad, mismas que en un principio fueron consideradas parte importante de las políticas sociales del Estado, han perdido notoriedad y se han descontinuado debido a la falta de presupuesto o de los inherentes a su ejecución.

En la Zona 5 ante las pocas intervenciones realizadas, destinadas a establecer cómo se maneja el cuidado y bienestar del adulto mayor y cómo este sector vulnerable dentro de la sociedad, se proyecta a través de los organismos encargados de su control a través del MIES, en promover y garantizar las debidas políticas para la atención debida a este objetivo.



Figura 1.Ubicación Geográfica zona 5 – Los Ríos

Fuente: SENPLADES (2013)

Elaborado por: El autor

Según el Censo de población y vivienda del 2010, en el Ecuador existían aproximadamente 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), de las cuales un 48.5% residían en la región Sierra y un 48% en la región costa. De aquella cantidad de adultos mayores, un 53.4% son mujeres. (INEC, 2010).

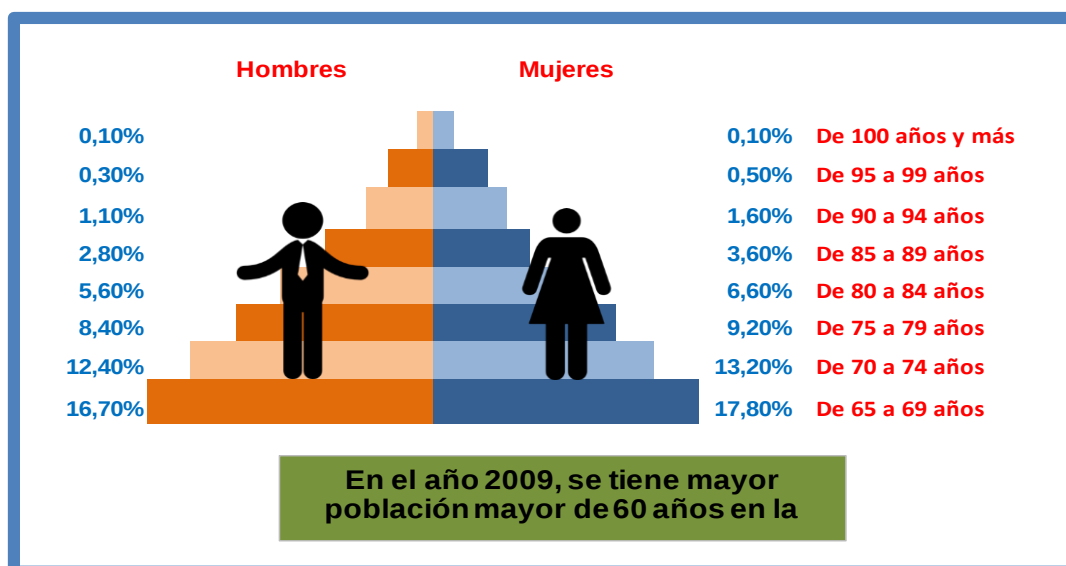


Figura 2.Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores

Fuente : Datos del SENPLADES (2013)

Elaboración: Por el autor

Las provincias de Pichincha y Guayas se destacan por tener la mayor población de adultos mayores, superando los 90.000 habitantes.

Conforme a los datos del último censo del INEC (2010), el (12.4%) de adultos mayores vive solo a nivel de la región costa; mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con un hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%) y el (3%) cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, que por lo general está junto a un miembro de la familia como lo son hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas (INEC, 2010).

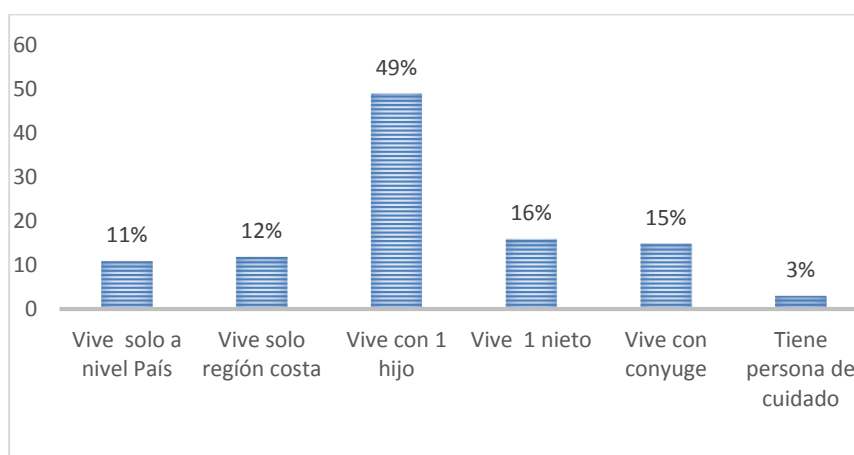


Gráfico 1. Cuidado y acompañamiento al adulto mayor en los Centros Gerontológicos (Zona 5)

Fuente: INEC (2010)

Elaborado por: El autor

De acuerdo a la información censal INEC, (2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en Ecuador son en su mayoría deficitarias, estimándose que el 57.4%, que corresponde a 537.421 personas, que se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, destacando la Zona 5 donde se observa la mayor cantidad de población adulta mayor en la Provincia de Los Ríos con un 26.78% que presenta la mayor cantidad en términos absolutos, así como la mayor cantidad de personas adultas mayores en situación de pobreza con un 59.9%.

Según González (2014) este fenómeno afecta tanto al mundo desarrollado, como al tercer mundo. El envejecimiento latinoamericano y caribeño ha sido muy rápido. En el año 2000, en la región de América latina y el Caribe un poco más de 41´000.000 de personas de este grupo etéreo, que se incrementará en menos de 25 años a más del doble, es decir unos 98´000.000.

Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo. Este proceso de envejecimiento es muy heterogéneo, existen países en cada una de las etapas de

transición demográfica, algunos como: Bolivia, Guatemala y Haití poseen un envejecimiento poblacional primario, otros como: Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado. La heterogeneidad no es solo demográfica sino económica, social y cultural.

Cabe indicar que esta diversidad podrá presentar resistencias importantes desde las posiciones culturales, sociales y económicas, y en las expectativas de las propias personas mayores que son cuidadas. En definitiva, esto cuestiona que los familiares, y las mujeres en las familias, sean los únicos sujetos capaces de promover un vínculo de calidad, al mismo tiempo que incorpora la posibilidad de otras soluciones extra-familiares que posibiliten el establecimiento de ese vínculo necesario (González A. , 2014).

De acuerdo al Banco Mundial (2015) en Ecuador es común observar personas con más de 65 años que podrían gozar de su jubilación, pero que continúan trabajando debido a que su esperanza de vida incrementó. Las estadísticas del Banco Mundial (BM) así lo demuestran: la esperanza de vida al nacer de Ecuador es de 76 años, por encima de otros países como Brasil, Colombia, Perú y Venezuela que se mantienen en 73 años, siendo superado por Chile con 78 años, mientras que en Argentina la vara alcanza también los 75 años.

En la actualidad, el país experimenta cambios de conformación en su población y se encuentra en plena fase de transición demográfica. Se debe a factores como la tasa de crecimiento que es de 1,62 por familia, la tasa de fecundidad que ha descendido al 2,6 y el aumento del porcentaje de vida de los adultos mayores. En otras palabras, la estructura piramidal de la población se está deformando como consecuencia del menor número de nacimientos y la edad de las personas adultas mayores (Banco Mundial, 2015).

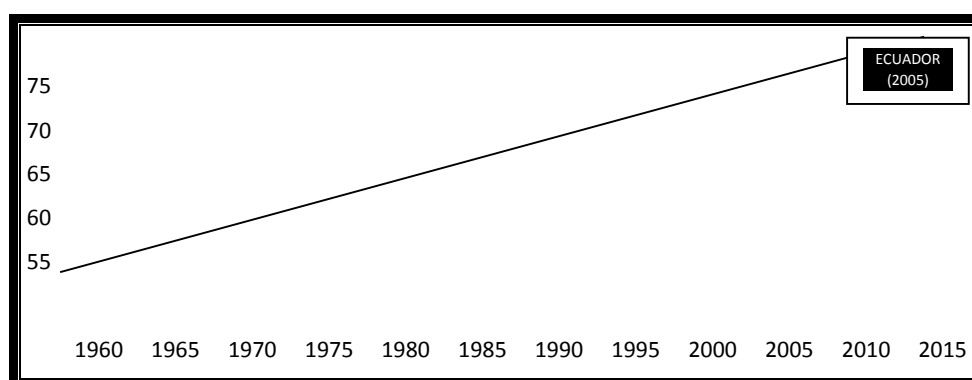


Figura 3. Esperanza de vida - Ecuador

Fuente: Banco Mundial (2015)

Elaborado por: El autor

La esperanza de vida, que es de casi un año mayor a la de Latinoamérica, en su conjunto denota una mejora extraordinaria, ya que a mediados del siglo anterior los ecuatorianos esperaban vivir tan solo 48,3 años. En seis décadas este indicador fundamental de las condiciones de vida de la población aumentó en cerca de 30 años.

Los servicios brindados al adulto mayor no solo conciernen al MIES sino también al Ministerio de Salud Pública, los cuales se responsabilizan de enunciar políticas y edificar reglas y modelos de atención. Además, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, coordinador del sector social se encarga de controlar el progreso de la política pública que de manera conjunta con los GAD cumplen una significativa función, la cual no basta para el cuidado y protección del adulto mayor en la Provincia de los Ríos (González & Posligua, 2015)

2.2. Diseño metodológico.

Para el desarrollo de la presente investigación se utiliza el análisis descriptivo cualitativo y cuantitativo para diagnosticar aspectos que engloban el cuidado de los adultos mayores a través de encuestas (ver Anexo 1) y así mismo se realizarán test que evalúan el estado físico emocional de la población de ancianos en los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la zona de Planificación 5.

La encuesta que se realizará a los promotores de cuidado, así como a los directores de los centros, están conformadas de 33 y 14 preguntas respectivamente. Estas encuestas permitirán obtener información relevante del perfil de los promotores que laboran dentro de los centros y cómo es el manejo del personal que realizan los directivos.

Por otra parte, respecto al uso de escalas en la valoración geriátrica integral, es importante señalar que su uso permite sistematizar la información unificando criterios y diagnósticos; evaluar de manera objetiva los problemas o las condiciones que presentan las personas mayores, permitiendo un adecuado seguimiento; evaluar la intervención y acortar el tiempo de evaluación, ya que su uso como Tamari (mediciones para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano) rápidamente puede dar una idea general y completa del estado de salud de las personas.

La evaluación geriátrica integral evalúa varios dominios, esta puede demorar en su realización, con el uso de escalas cortas y validadas se puede realizar una evaluación completa y eficiente sin implicar un tiempo prolongado (Gálvez, Chávez, & Aliaga, 2016).

2.2.1. Diagnóstico del adulto mayor.

Para el presente estudio se considera importante la aplicación de 5 escalas, las cuales se aplican en los procesos de control que se llevan a cabo en el MIES, las cuales se detallan a continuación:

- Escala de Depresión de Test Yesavage.
- Escala de Lawton y Brody.
- Escala Tinetti.
- Escala de valoración cognitiva.
- Escala de Barthel/Katz

La Escala de Depresión Geriátrica de Test Yesavage, es un instrumento utilizado para valorar la depresión en personas adultas mayores de 65 años, el cual no se centra en aspectos físicos sino en aspectos relacionados con el estado de ánimo, el instrumento cuenta con 15 preguntas formuladas en afirmativas y negativas en forma abreviada, esta es una versión abreviada que ayuda a evitar el cansancio del adulto mayor, según se detalla en la tabla.

Otro instrumento aplicado es la escala de Lawton y Brody¹⁹⁶⁹ que valora la capacidad en el adulto mayor de utilizar el teléfono, hacer compras, lavar la ropa, cuidado de la casa, elaboración de comida, lavado de ropa, utilización de transporte público, manejo de medicación y los recursos económicos. Valora las actividades instrumentales de la vida diaria. La información se logra realizando preguntas directamente al adulto mayor o al promotor de cuidado responsable. El tiempo de realización es de aproximadamente 4 minutos según se detalla.

Para Contreras (2015) la aplicación de la escala de Tinetti permite detectar alteraciones en la marcha y equilibrio, a altos puntaje, en mayúsculo, el riesgo de caídas o de sospecha de alguna patología de los adultos mayores instrumento que medirá el nivel de autonomía y dependencia según la tabla.

Escala de valoración cognitiva, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras. Para la valoración de la esfera cognitiva.

Le escala de Katz para Rodríguez (2015) es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar de un hospital de Cleveland para enfermos hospitalizados por sufrir fractura de cadera, consta de seis apartados: baño, vestirse / desvestirse, uso del inodoro, movilidad, continencia, alimentación. Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos, la propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas.

La escala de Barthel publicada en 1965 es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el anciano y es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda.

Se evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los apartados relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son: baño, vestido, aseo personal, uso del inodoro y transferencias (traslado cama-sillón), subir/bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación. Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los resultados.

Este instrumento se lo aplicó con el apoyo de 7 psicólogas, 7 terapeutas ocupacionales y 7 terapeutas físicas, las cuales fueron parte fundamental del diagnóstico, habilitadas para aplicarla la escala en los cinco Centros Gerontológicos ubicados en la Provincia de Los Ríos, Bolívar y Guayas.

2.2.2. Evaluación de los promotores del cuidado del adulto mayor.

La encuesta aplicada permite describir, analizar, interpretar tanto en lo cuantitativo como cualitativos los resultados consolidados y tabulados, el nivel académico de los promotores de cuidado, la cual está estructurada con 33 preguntas abiertas y cerradas, claras y de fácil comprensión, cuyo contenido trata tópicos específicos como: la formación académica de los promotores, esta matriz fue debidamente validada por la analista de servicios sociales responsable de los Centros Gerontológicos a nivel de coordinación Zonal 5 del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

2.2.3. Evaluación de los Centros Gerontológicos.

Para la ejecución de la investigación, en primera instancia se procedió a identificar problemáticas presentadas en los diferentes servicios de intervención del MIES, especialmente de atención directa y convenio, estableciendo una reunión con la coordinadora de la zonal 5 del Ministerio de Inclusión Económica, donde explica, el por qué y los productos que se puede obtener de la investigación de los cinco Centros Gerontológicos del Buen Vivir de las provincia Los Ríos, Guayas y Bolívar para después coordinar con la analista de gerontología responsable a nivel Zonal sobre el proceso de diagnóstico.

Como segunda parte se socializó con los directores-ras de los centros, jefes departamentales y el equipo de profesionales involucrados que laboran en los Centros Gerontológicos de la Zona 5, la aplicación de los 5 instrumentos: las Escalas Lawton y Brody, Depresión Geriátrica de test de Yesavage y la Escala de Tinetti, Escala de valoración cognitiva, Escala de Barthel/Katzla aplicación se realizó en los lugares de trabajo con lo cual los resultados serán confiables dada la experiencia que tienen en la aplicación de los mismos.

Tabla 1. Instrumentos aplicados

Encuesta	Escalas de medición
Aplicada a promotores de cuidado, permite conocer sus criterios y puntos de vista sobre la formación académica.	Permite conocer situación de los y las adultos / as mayores en su estado físico, emocional y social
Encuesta	Cuestionario
Aplicada a los directores de los Centros Gerontológicos, para obtener información sobre la calidad de los servicios	Preguntas formuladas a promotores con la escala de LICKER.

Fuente: Normas técnicas del MIES (2014)

Elaborado por: El autor

El personal que cubrió el proceso fue:

- 7 psicólogas
- 7 terapeuta física
- 7 terapeuta ocupacional

Como tercer punto se levantó una encuesta con información a los promotores de cuidado de los adultos mayores, para medir su instrucción y perfil educativo, por último se aplicó la ficha de calidad aplicada en la jornada diaria dentro de las actividades del Centro Gerontológico.

Con los datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos, se revisó la información y los resultados, se procedió a representar a través de Gráficos y Tablas estadísticos. Análisis e interpretación de cada variable, y se plasmó las conclusiones y recomendaciones las cuales servirán para canalizar la tesis para mejorar la calidad de vida de los adultos y adultas mayores que permaneces en los centros. Y La factibilidad en la aplicación del sistema instrumental en base a las cinco escalas, valorativas, cuarenta y seis encuestas, servirán para elaborar la tesis de intervención inmediata, la cual tienen el objetivo de determinar y validar los resultados en cuanto al estado físico emocional los adultos mayores y la formación académica de los promotores de cuidado de los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5

2.2.4. Cálculo de las muestras para diagnosticar adultos mayores y evaluar a los promotores de cuidados.

Para establecer el cálculo de la muestra de los promotores de cuidado a ser encuestadas, así como la cantidad de ancianos a ser evaluados con los diferentes test, se consideró el 5% de margen de error, con un nivel de confianza del 95% conforme a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * z^2 * \pi * (1 - \pi)}{E^2 * (N - 1) + [z^2 * \pi * (1 - \pi)]}$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

π = proporción de la población

E = margen de error máximo admisible

z = es el valor normal estándar correspondiente al nivel de confianza deseado

Tabla 2. Nómina de Centros Gerontológicos MIES - Zona 5

Nómina de Centros Gerontológicos del Buen Vivir del MIES zona 5 -Convenios y Directos					
Provincias	Cantón	Nombre de los Centros Gerontológicos	Nº de modalidad	Nº de adultos mayores	Nº de Promotoras de cuidado
Guayas	Daule	Centro Gerontológico Girasoles	Convenio	50	8
	Milagro	Centro Gerontológico Milagro	Directo	30	8
Bolívar	Guaranda	Centro Gerontológico Guaranda	Directo	35	5
	Chillanes	Centro Gerontológico Girasoles	Convenio	20	2
	San Miguel	Centro Gerontológico San Miguel	Convenio	25	2
Los Ríos	Quevedo	Centro Gerontológico Quevedo	Directo	25	6
Total de muestra				225	39

Fuente: Consolidado de Centros Gerontológico

Elaborado por: El autor

De acuerdo a la Tabla 2, la muestra está constituida por 39 promotores de cuidados y 225 adultos mayores, y 7 directores de los Centros Gerontológicos. Cabe resaltar que, los promotores de cuidado son funcionarias que laboran para el MIES y otras son de convenios con organizaciones públicas y privadas, los cuales son los actores directos de los procesos. De acuerdo con la información proporcionada por el MIES zona 5, se procede al cálculo, donde se obtienen los siguientes datos de acuerdo a la Tabla 3:

Tabla 3. Muestra a los adultos mayores y promotores de cuidado

Cobertura de adultos	Nº de promotores de cuidado
225	39

Fuente y elaboración: El autor

La segmentación con la cual se agruparon las escalas realizadas fueron:

- Entre 65 a 69 años
- Entre 70 a 74 años
- Entre 75 a 79 años
- Entre 80 y más

Los recursos materiales comprenden las encuestas que serán debidamente validadas por el analista de servicios sociales del MIES, responsable del servicio de gerontología a nivel de la coordinación de la Zonal 5:

- 225 escalas de Depresión de Test Yesavage
- 225 escalas de Lawton y Brody
- 225 escalas Tinetti
- 225 escalas de valoración cognitiva.
- 225 escalas de Barthel-Katz
- 39 encuestas a promotora de cuidado
- 7 encuestas a directivos de los Centros Gerontológicos

La factibilidad en la aplicación del sistema instrumental en base a las cinco escalas, valorativas, cuarenta y seis encuestas, servirán para elaborar la tesis de intervención inmediata, la cual tienen el objetivo de determinar y validar los resultados en cuanto al estado físico emocional los adultos mayores y la formación académica de los promotores de cuidado de los Centros Gerontológicos del Buen Vivir de la Zona 5.

Tabla 4. Cobertura de los adultos mayores

Cantones	Sexo		Edades				Total
	M	F	65 -69	70-74	75-79	80 +	
Quevedo	21	2	2	2	5	16	25
Daule	23	27	6	8	9	27	50
Babahoyo	44	6	5	6	7	22	40
Chillanes	10	10	0	2	1	20	23
San Miguel	11	11	3	1	1	17	22
Guaranda	13	20	5	0	13	20	38
Milagro	20	7	2	5	7	13	27
TOTAL	142	83	23	24	48	130	225
%	63%	37%	10%	11%	21%	58%	

Fuente y elaboración: El autor

En la Tabla 4, se presenta la distribución de la población que recibe atención en los Centros Gerontológicos, dentro del estudio se encuentran distribuidos con los siguientes porcentajes: el 63% hombres, 37% de mujeres; el cual se notó que hay más hombre que mujeres y dentro del grupo de adultos mayores el que mayor representatividad tienen el rango comprendido entre más de 80 años con un porcentaje de 58%, seguido por el grupo de 75 a 79 años con un porcentaje de 21%, el siguiente rango es el de 70-74 años con 11%, y en menor proporción es el de 65-69 años con el 10%.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Una vez aplicadas las escalas de valoración a los adultos mayores, las encuestas a los promotores de cuidado y directivos de los Centros Gerontológicos, en este capítulo se muestran los resultados de los datos tabulados y un análisis de los mismos.

3.1. Resultados de los test a los adultos mayores.

Los adultos mayores disminuyen progresivamente la memoria, la motricidad física, el lenguaje, la capacidad comprensiva, la audición, la visión, así como la salud integral, esto desencadena en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores.

Esta sección expone los resultados de la valoración funcional aplicada a los grupos objetivos de estudio, el cual expresa la información de la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra, por lo tanto, los resultados son los siguientes.

3.1.1. Escala de Depresión Geriátrica de Test Yesavage.

La escala de Depresión Geriátrica test de Yesavage cuenta con 15 preguntas formuladas, con respuestas afirmativas, negativas y, en forma abreviada. Esta es una versión resumida que ayuda a además que permiten evidenciar la situación real de los adultos mayores y analizar cuáles son las condiciones en las que se encuentran, con la atención recibida en los Centros Gerontológicos del MIES.

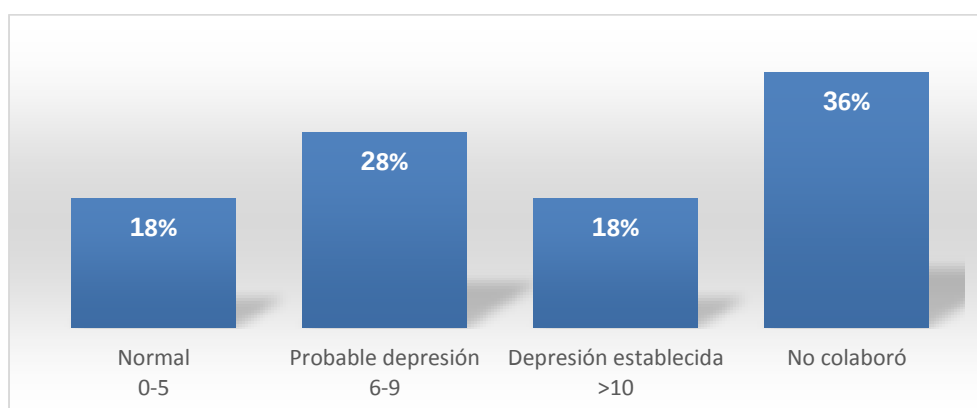


Gráfico 2. Escala de Depresión Geriátrica Test de aplicada a los adultos mayores (Zona 5)

Fuente y elaboración: El autor

En el Gráfico 2 se detectó que el 36% no colaboró, con la valoración aplicada a una de las posibles causas, su situación de aislamiento y soledad. Por otra parte, se ha podido determinar que el 28% padece de probable depresión, son adultos mayores que se encuentran en riesgo de caer en depresión establecida, probablemente por permanecer demasiado tiempo dentro del Centro Gerontológico, por último, el 18% se encuentran en normal y depresión establecida.

3.1.2. Escala de Lawton y Brody de Actividad Instrumental de la Vida Diaria (AIVD).

La escala de Lawton y Brody evalúa la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor, la escala valora 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

Con la aplicación de la Escala de Lawton y Brody a los adultos mayores residenciales del Buen Vivir de la zona 5, se han obtenido los siguientes resultados: que se visualiza en la parte vertical del Gráfico 3, es la categoría que da la escala según los resultados obtenidos en el momento de la aplicación del diagnóstico.

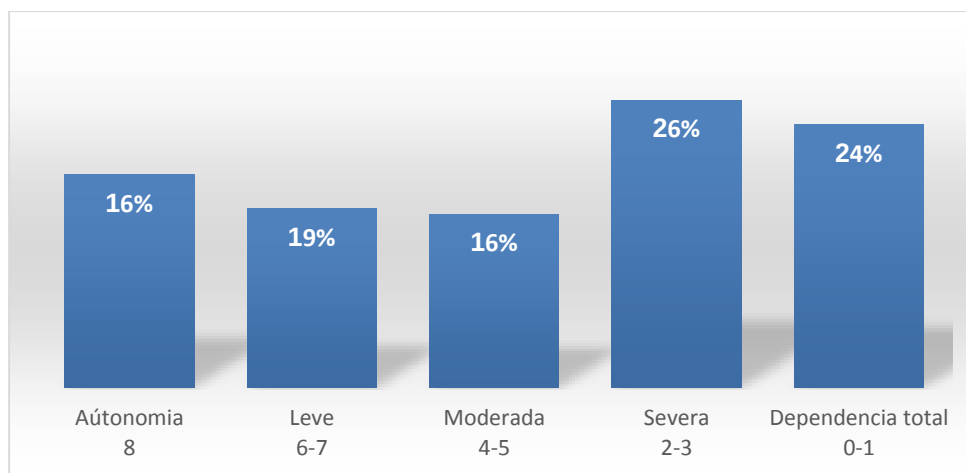


Gráfico 3. Escala Lawton y Brody aplicada a los adultos mayores (Zona 5)

Fuente y elaboración: El autor

Los resultados representados, muestran que el 16% de población adulta mayor se encuentran en autonomía este grupo tienen la capacidad de asumir sus responsabilidades y satisfacer sus propias necesidades sin recurrir a otras personas, igual con los que se encuentran con dependencia moderada, debido a que presentan limitaciones físicas o funcional que impide el

óptimo desempeño de las tareas, con un 19% se encuentra en dependencia leve, son los que tienen la capacidad de realizar determinadas tareas, con dependencia severa se tiene un 26% tiene un grado de discapacidad y necesita de la ayuda de los promotores de cuidado para realizar actividades de la vida diaria; y con un 24% se encuentran en dependencia total, esto nos indica que tiene un alto grado de discapacidad, no se moviliza y depende totalmente de terceros para su subsistencia. Como se puede observar más del 50% de los adultos mayores requieren asistencia por parte de los promotores de cuidado.

3.1.3. Escala de Tinetti.

De acuerdo con la información recopilada en los 7 Centros Gerontológicos de la Zona 5 del MIES, se puede analizar las ponderaciones de los indicadores de la escala de Tinetti, la misma que se caracteriza por ser netamente observacional que evalúa la marcha y el equilibrio en los adultos mayores.

Tabla 5 Escala Tinetti aplicada a adultos mayores en Centros Gerontológicos- Zona 5

Indicadores		Ponderación		
		No colabora	Capaz con ayuda	Capaz sin ayuda
Silla	Al sentarse	65	57	103
	Equilibrio mientras está sentados	59	91	75
Equilibrio	Al levantarse	83	62	80
	Equilibrio inmediato al ponerse de pie	93	67	65
	Equilibrio con pies lado a lado	96	72	57
	Prueba de Tirón	129	69	27
	Se para con la pierna derecha sin apoyo	139	62	24
	Se para con la pierna izquierda sin apoyo	140	62	23
	Posición semi-tandem	138	63	24
	Posición tándem	140	60	25
	Se agacha	104	79	42
	Se para en puntilla	150	54	21
	Se para en los talones	161	44	20
Marcha	inicio de marcha	31	0	94
	Trayectoria	80	99	46
	Pierde el paso	79	98	48

	Da la vuelta	79	98	48
	Camina sobre obstáculo	77	126	22

Fuente y elaboración: El autor

En la Tabla 5, considerando la escala aplicada, tanto en los indicadores de sillas, como en los de equilibrio y marcha, se ha detectado que un 47% de adultos mayores están en riesgo de sufrir caídas, y que requieren de mayor asistencia de los promotores de cuidado, como de la adecuación de los espacios de convivencia; un 32% de adultos mayores utilizan para su movilización mecanismos de apoyo y 21% de adultos mayores son totalmente independientes, lo que nos indica que tienen un mejor funcionamiento corporal.

3.1.4. Escala cognitiva.

La escala de valoración mental cognitiva se la realiza a través de un cuestionario que permite tener información de los adultos mayores frente a la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, percibir, comunicarse, orientarse, entender, realizar cálculos y resolver problemas.

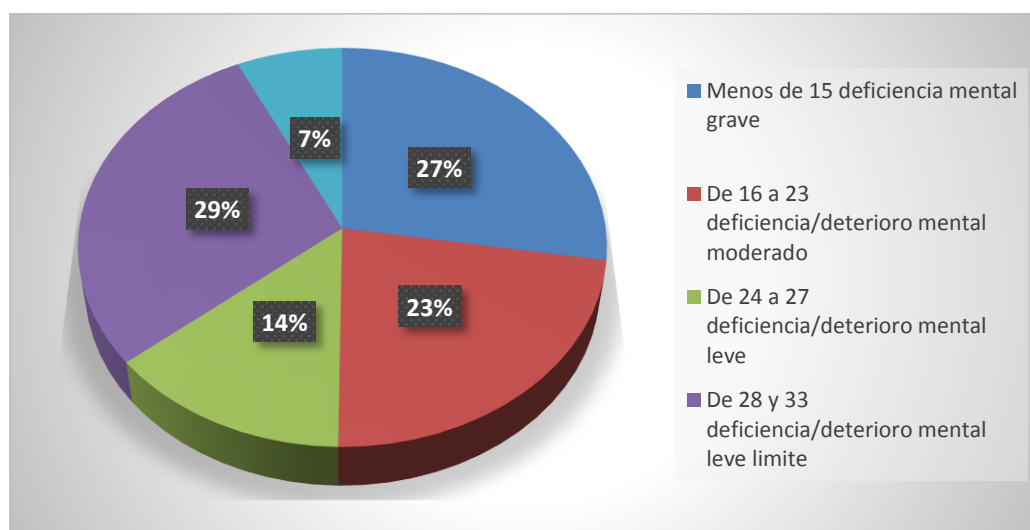


Gráfico 4. Escala cognitiva aplicada a los adultos mayores (Zona 5)

Fuente y elaboración: El autor

Según el Gráfico 4, existe un 27% de adultos mayores con un deficiente deterioro mental grave, la disfunción de esta capacidad interrumpe llevar a cabo sus actividades cotidianas y los promotores de cuidado tienen el mayor interés de atención en este grupo; además se encuentra un 23% con deficiencia moderada, los mismo que son medicados por especialista y requieren un grado de cuidado por parte de los promotores. El 14% de los adultos mayores tienen deficiencia mental leve, los cuales presenta episodios de olvido y depresión, un 29 % presenta

deficiencia mental límite, los cuales requieren de tratamiento especializado y actividades ocupacionales. Además, se observa que el 7% de los adultos mayores no presenta problema alguno, cifra minoritaria que no indica que se tiene un serio problema en cuanto al grado de detención cognitiva.

3.1.5. Escala Barthel–Katz.

La escala de Barthel y Katz es un índice de valoración funcional de independencia en las actividades básicas de la vida diaria la cual se aplica dos veces al año para conocer avances o retrocesos en los adultos mayores. Esta información se la obtiene a través de los promotores de cuidado, o contestado por el mismo adulto mayor. La escala evalúa la capacidad o incapacidad de realizar las tareas básicas.

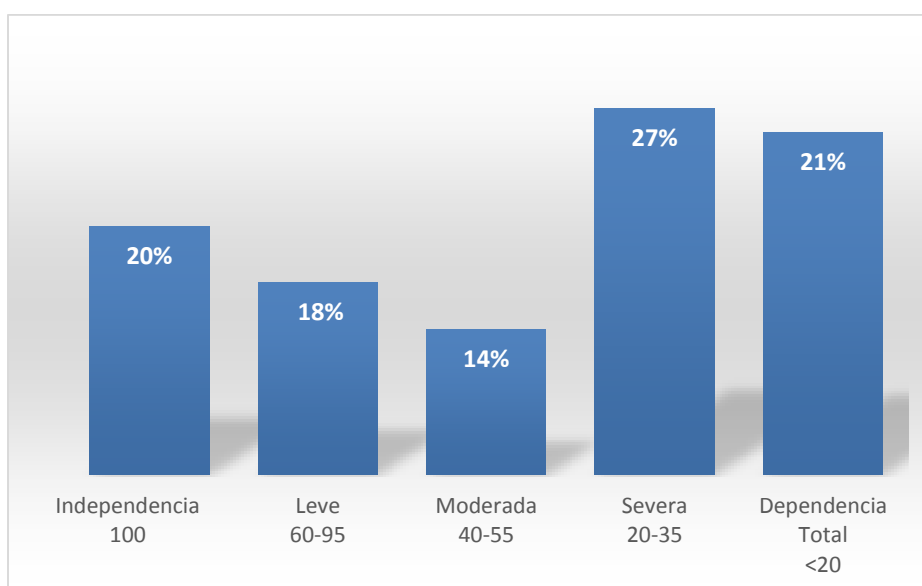


Gráfico 5. Escala Barthel – Katz aplicada a los adultos mayores (Zona 5)

Fuente y elaboración: El autor

El Gráfico 5 expone los resultados de la Escala de Barthel–Katz, donde aproximadamente el 20% son adultos mayores independientes, el 18% tiene dependencia leve; es decir, estos adultos requieren parcialmente algún tipo de ayuda para realizar algunas tareas. Por otro lado, un 14% de los adultos se encuentran en dependencia moderada considerando que este grupo de adultos tienen dos o más funciones alteradas. En dependencia severa existe un 27%, los cuales entran en el grupo de mayor atención para los promotores de cuidado, y un 21% de los adultos mayores tiene dependencia total, es decir, no pueden realizar ninguna de las actividades básicas y dependen totalmente de la persona que los cuida.

Tabla 6. Relación de escalas Barthel-katz / Lawton y Brody

Escalas	Barthel-katz		Lawton y Brody	
Independencia 100	45	20%	43	19%
Dependencia Leve 60-95	41	18%	36	16%
Dependencia Moderada 40-55	31	14%	35	16%
Dependencia Severa 20-35	60	27%	58	26%
Dependencia total <20	48	21%	53	24%
Total	225	100%	225	100%

Fuente y elaboración: El autor

En relación a la Tabla 6, los datos obtenidos en la escala ABVD Barthel, Lawton y Brody, se pudo evidenciar que los indicadores son similares, el 20% y 19% de los adultos son independientes, realizan sus actividades diarias sin mayor dificultad, además se observa que el 14% y 16% presenta dependencia moderada, la cual con actividades ocupacionales y de talleres puede recuperar las dificultades presentadas, con mayor relevancia de dependencia severa con el 27% y 26%, en ambas escala demuestra que los adultos mayores necesitan apoyo de los promotores de cuidado para poder ejecutar acciones de la vida diaria y movilizarse en el entorno del centro, con el 18% y 16% dependencia leves son pocas las actividades que realizan con apoyo, mientras que el 21% y 24%, se encuentran en dependencia total, requiere de mayor asistencia y necesitan ayuda constante de los promotores de cuidado requiere de mayor asistencia y necesitan ayuda constante de los promotores de cuidado.

3.2. Descripción y análisis de los resultados de las encuestas a los promotores de cuidado de los Centros Gerontológicos.

Los resultados de las encuestas a los promotores de cuidado aplicado, donde se obtuvieron datos relevantes del personal a cargo del cuidado del adulto mayor. La muestra se analizó en la Zona 5 del MIES, en las provincias: Los Ríos, Guayas y Bolívar a 39 promotores de cuidado, las cuales se encuentran distribuidas tal como lo indica el Gráfico 6.

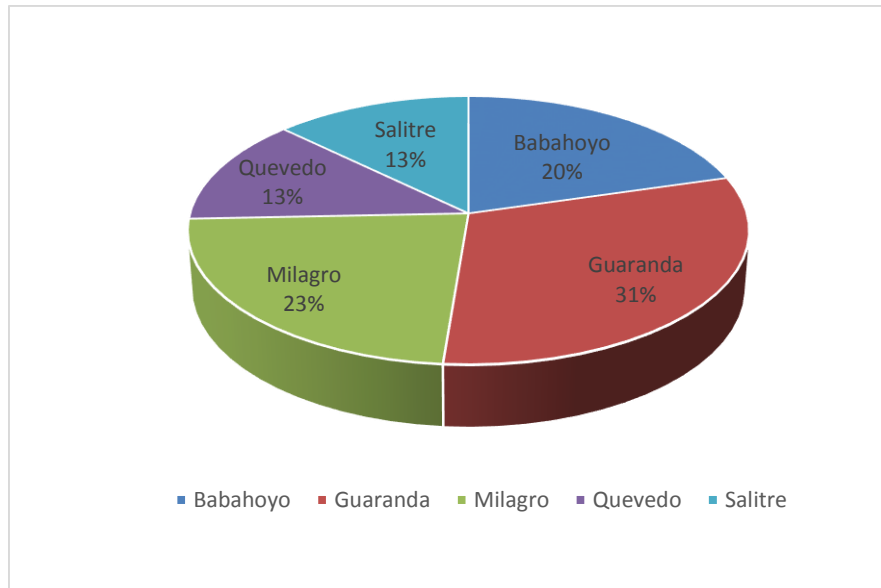


Gráfico 6. Distribución promotores de cuidado por ciudades
Fuente y elaboración: El autor

Con relación a los datos personales sobre géneros, la mayoría de los promotores de cuidado son mujeres (79%), factor característico de la modalidad de atención, como en gerontología; el porcentaje restante corresponde a individuos de género masculino.

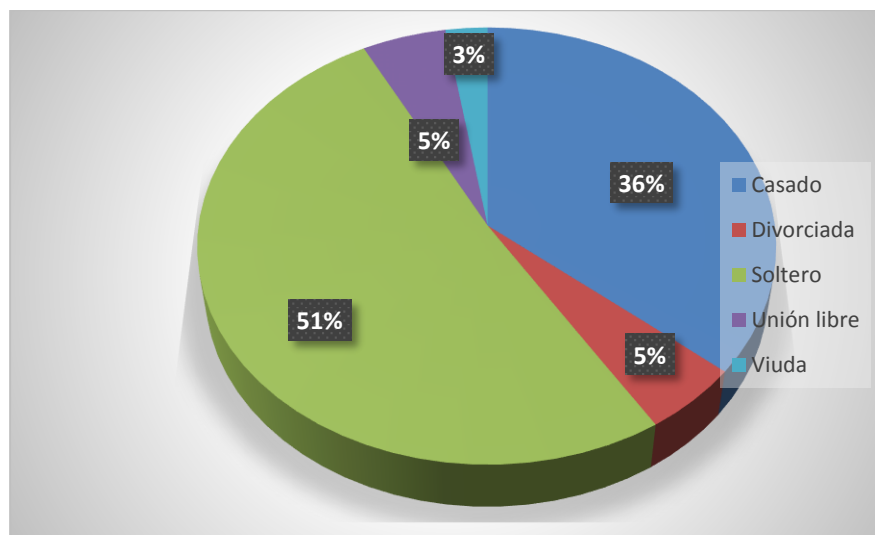


Gráfico 7 Estado civil de los promotores de cuidado
Fuente y elaboración: El autor

Por otra parte, se observa las características de estado civil de los promotores de cuidado. El 51% son solteros, el 36% son casados, el 5% divorciado y en unión libre, y por último el 3% son viudos. Estos porcentajes tienen relación con las edades de los promotores como se observa en el Gráfico 8.

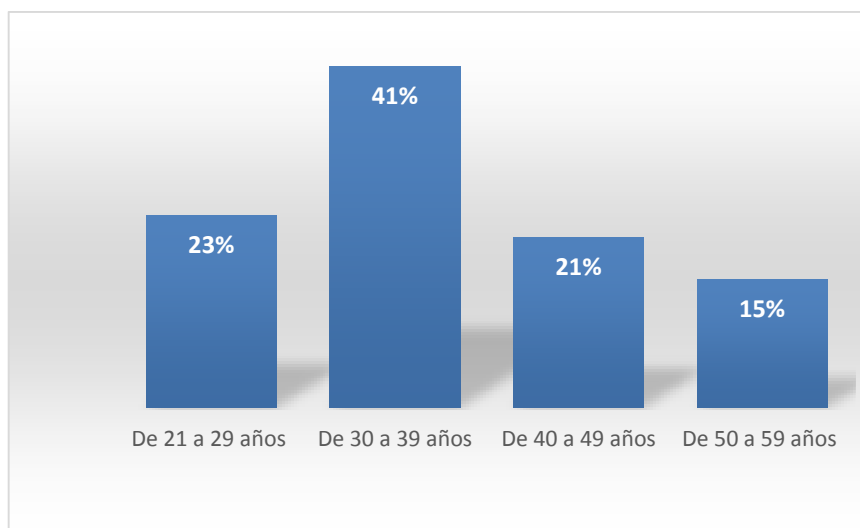


Gráfico 8. Edad promedio de los promotores de cuidado
Fuente y elaboración: El autor

La edad de las personas a cargo del cuidado de los adultos mayores concentra entre los 21 y 39 años (64%): 23% el grupo etario de 21 a 29 años y el grupo de 30 a 39 años constituye un 41%; es decir, promotores relativamente jóvenes. Los demás promotores se encuentran entre 40 y 49 años (21%) y entre 50 a 59 años (15%, el grupo minoritario). Esto representa una ventaja desde la perspectiva de que el cuidado de los adultos requiere de un trabajo más activo (el de los jóvenes), pero no se puede desestimar la necesidad de experiencia, en casos en los que situaciones de adultos mayores pueden volverse complejas y/o alarmantes.

La situación laboral de los promotores evidencia que el 69% trabajan en Centros Gerontológicos que están bajo convenio con el MIES, con instituciones públicas y privadas; la diferencia se presenta en cuanto a la relación de dependencia directa con la cartera de estado, que son el 31%.

Por otra parte, en lo que respecta al nivel de instrucción, se puede indicar, como lo expone la Tabla 7, que la mayoría (82%) de los promotores han aprobado la secundaria; apenas un 3% no lo han hecho y, por otro lado, únicamente un 15% tienen estudios superiores

Tabla 7. Nivel de instrucción y estudios vigentes

Nivel de Instrucción	Si estudia		No estudia		Total
Primaria	0	0%	1	3%	1
Secundaria	6	15%	26	67%	32
Tercer Nivel	0	0%	6	15%	6
Total	6	15%	33	85%	39

Fuente y elaboración: El auto

En ese sentido, conforme se expone en la Tabla 7, es realmente preocupante que, de los encuestados, solo el 15% de los promotores siguen preparándose y corresponde a aquellos que tienen aprobada la secundaria y que su objetivo es alcanzar un título de tercer nivel. Mientras tanto, la razón principal, que los demás promotores no estudian actualmente 85% es por falta de motivación y, además, por las causas expuestas en el Gráfico 9.

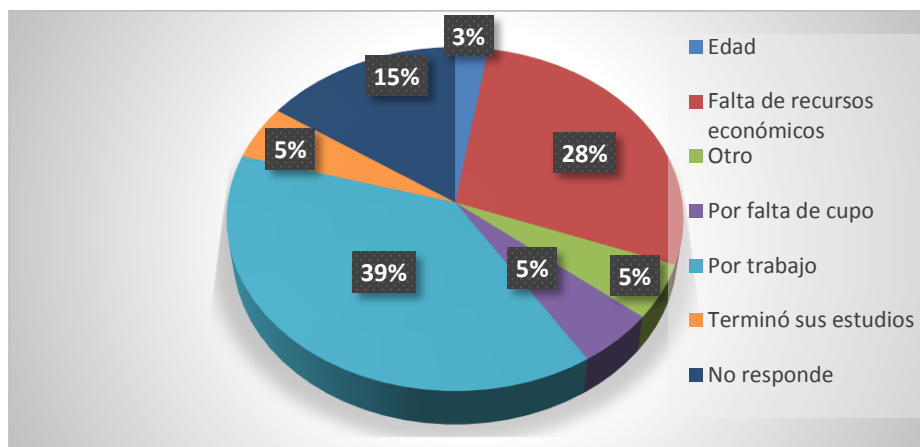


Gráfico 9. Causas que no permiten continuar con los estudios a los promotores de cuidado

Fuente y elaboración: El autor

El 39% manifiesta que una de las causas por las que no ha continuado sus estudios es por el trabajo; el tiempo en este caso es la principal limitante. Un 28% manifiesta que no ha continuado sus estudios es por falta de recursos económicos y bajos ingresos, lo que los cohibe a pagar sus estudios; otra de las causas hace alusión a la edad (3%), falta de cupos o la titulación que buscan en sus lugares de residencia y, otros, debido a que consideran haber alcanzado el máximo de sus estudios (consideran haber terminado sus estudios). Existe un 15% de los promotores de cuidado que se mantienen en reserva de emitir o expresar razones por las que no estudian.

Tabla 8. Tipo de capacitación y capacitaciones recibidas vigentes

Tipo de capacitación	Sí se capacitó		No se capacitó		Total
Educativo	5	13%	0	0%	5
Formativo	22	59%	0	0%	22
Ninguna	0	0%	12	31%	12
Total	27	69%	12	31%	39

Fuente y elaboración: El autor

Estos datos son realmente preocupantes considerando la naturaleza de los servicios que deben ofrecer a los usuarios de los Centros Gerontológicos. Sin embargo, se pudo determinar que el 69% de los promotores sí han recibido capacitaciones, educativas, formativas,

relacionadas a sus actividades laborales; esto, en el último semestre. El 31% restante no ha recibido capacitaciones de ningún tipo.

Tabla 9. Relación de las capacitaciones con actividad laboral de los promotores de cuidado

Capacitación que cursó	Si se relaciona a su actividad laboral		No se relaciona a su actividad laboral		Total
Hace 1 mes	18	46%	0	0%	18
3 meses	8	25%	0	0%	8
6 meses	2	6%	0	0%	2
Más de 12 meses	4	13%	4	10%	8
No ha recibido capacitación	0	0%	3	8%	3
Total	32	82%	7	18%	39

Fuente y elaboración: El autor

De acuerdo a lo expresado por la Tabla 9, el mayor porcentaje con el 46% de los promotores, tienen 1 mes de trabajo, con el 25% de 3 meses, el cual las capacitaciones están más enmarcada con el personal que tiene menos de tres meses laborando, y la diferencia de 6 y más de 12 meses, menciona que por tener experiencia no necesitan capacitación relacionada a la modalidad estando totalmente en desacuerdo.

Cabe indicar que el 100% de los promotores encuestados considera de importancia alta capacitarse en temas del área de gerontología, con la finalidad de mantenerse siempre actualizados y, con ello, desempeñarse mejor en sus actividades diarias. Esto podría implicar, una pauta del compromiso que podrían tener para mejorar su trabajo, y ejecución de actividades diarias.

Tabla 10. Edad y años laborales de los promotores de cuidado

Tiempo laboral	Edad 21 a 29 años		Edad 40 a 49 años		Total
Menor de 12 meses	11	28%	4	10%	15
13 a 24 meses	9	24%	2	5%	11
24 a 36 meses	1	3%	2	5%	3
Más de 36 meses	4	10%	6	15%	10
Total	25	65%	14	35%	39

Fuente y elaboración: El autor

Tal como lo demuestran los datos, entre los 21 a 29 años con un porcentual del 28% de los promotores de cuidado tienen menos de 12 meses laborando en los Centros Gerontológicos, y el 24% tiene entre 13 y 24 meses en el trabajo; es decir, las dos terceras partes aproximadamente tienen menos de 2 años laborando en la unidades de atención. Esta característica de los promotores corresponde con la edad de algunos de ellos y que podría ser una desventaja desde el punto de vista de la experiencia en servicios de gerontología. Esto se discutió precisamente en la Tabla 10. Es así que, una cuarta parte entre el 3% y 10% del personal con más de 2 años de experiencia en el centro en el que trabaja.

Cabe acotar que, en lo referente a la situación contractual, el 79% de los promotores de cuidado labora con un contrato ocasional, lo que evidencia cambios continuos en el personal (se justifica con el alto porcentaje de trabajadores de menos de 1 año) situación que limita la posibilidad de contar con promotores experimentados. Por otra parte, de 40 a 49 años, con un mínimo del 10% tienen menos de 12 meses. Por el nivel de complejidad de que con lleva, el cuidado del adulto mayor, son pocas las contrataciones, con un 5% en los rangos de 13 a 36 meses y finalmente con el 15% más de 36 meses. Únicamente el 18% de los promotores cuenta con un contrato indefinido y el 3% con nombramiento regulado, según la LOSEP.

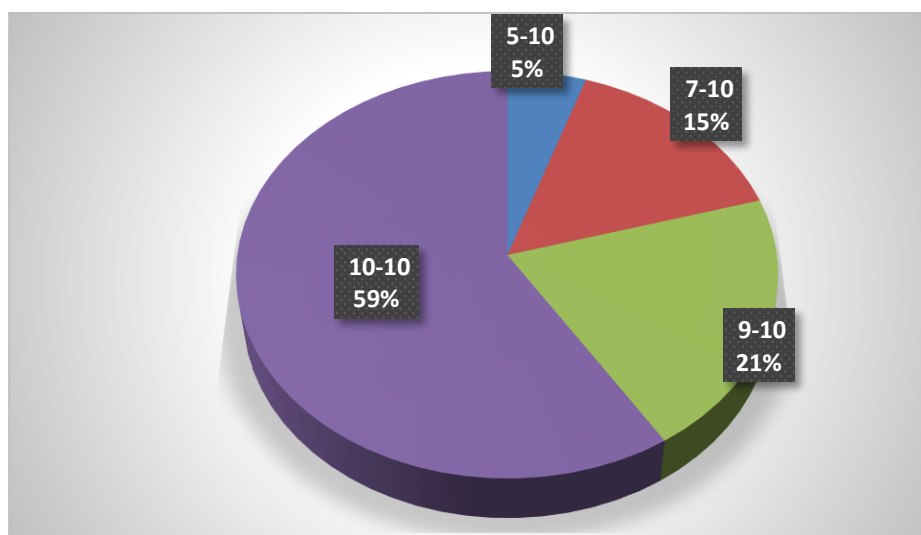


Gráfico 10. Grado de satisfacción laboral del Centro Gerontológico
Fuente y elaboración: El autor

En referencia al grado de satisfacción del lugar donde trabajan los promotores de cuidado un porcentaje considerable, del 5% al 59% de (5 -10), indica que se siente satisfecho de su lugar laboral en la que comparten con los adultos mayores y aprenden de sus experiencias.

En cuanto al tema salarial, el 72% los promotores consideran que el salario que reciben está acorde a las funciones que realizan y expresan conformidad con el mismo; estos resultados son coherentes, pues por el tipo de instrucción y el tiempo en el trabajo, no podrían actualmente percibir un mayor salario. Mientras tanto, el 28% de promotores no está de acuerdo porque manifiestan que el trabajo tiene mucha responsabilidad y es complejo en casos en los que un adulto mayor, debido a sus características, requiere mayor atención.

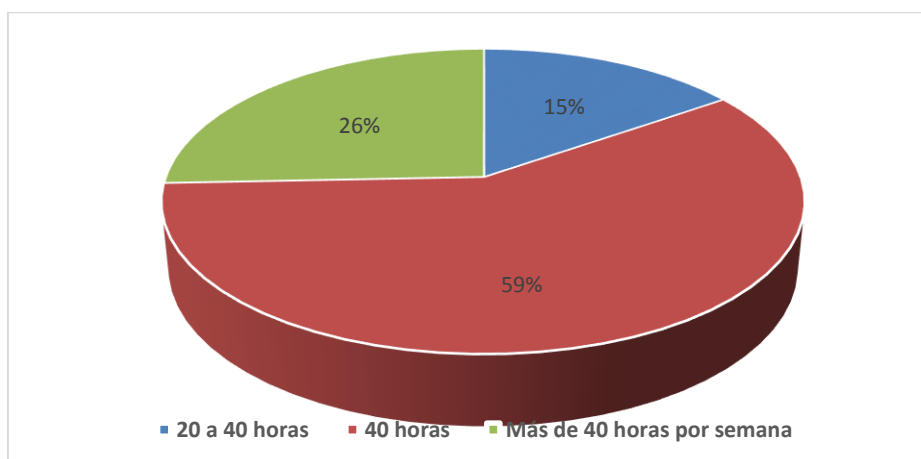


Gráfico 11. Horas labora en el Centro Gerontología

Fuente y elaboración: El autor

En cuanto a la jornada laboral según Gráfico11, indica que el 26% trabajan más de 40 hora a la semana, tomando en cuenta en consideración que existen turnos fijos y rotativos y no le reconocen horas extras, el 15% laboran de 20 a 40 hora respectivamente cuando existen problema de salud y siempre cuentan con permiso médico, y están debidamente validado por el Instituto de Seguridad Social, además no realizan tornos rotativos, con el 59% cumplen lo establecido por la ley.

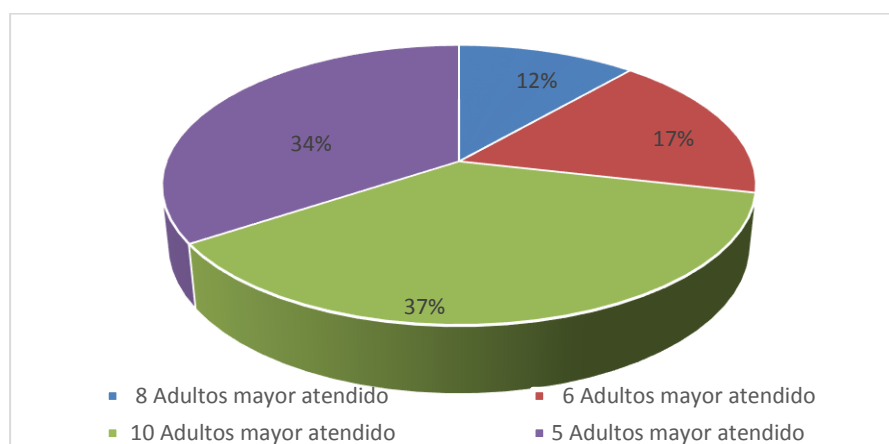


Gráfico 12. Adulto mayores atendido por los promotores de cuidado

Fuente y elaboración: El autor

Según el Gráfico 12, el número de adultos mayores que los promotores de cuidado atiende es el 37% cuidan de 10 adultos mayores, no cumpliendo las normativas institucionales, ya que necesitan cuidados especiales, y atención priorizada por las diferentes patologías, debido a su edad, El 17% atiende a 6, y el 2% atiende a 8 adultos mayores; finalmente el 34% con 5 personas a cargo, cumpliendo las normativas instituciones del MIES.

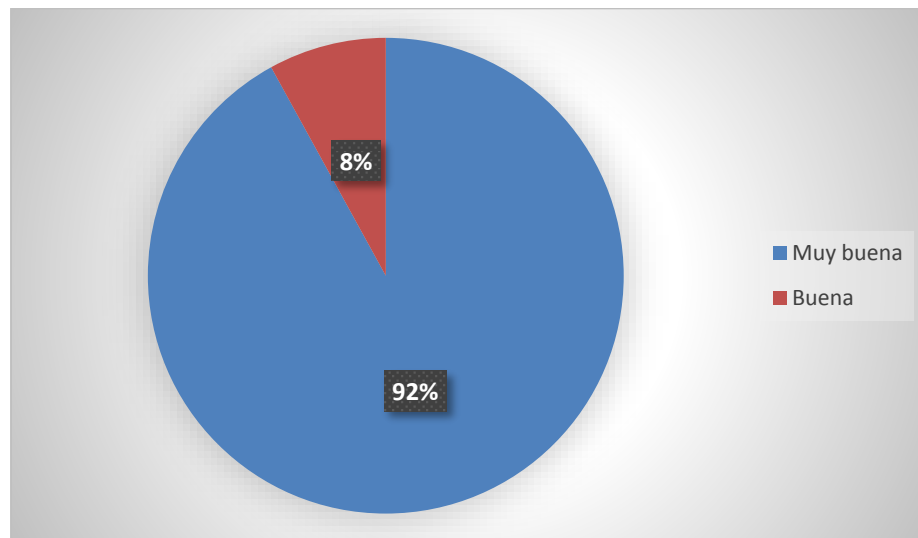


Gráfico 13. Relaciones afectiva entre promotor y adultos mayores
Fuente y elaboración: El autor

De acuerdo con las relaciones afectivas entre el personal de los Centros Gerontológicos y los adultos mayores, cabe destacar que en muchos casos es muy buena, demostrando que se ejecuta el proceso de adaptación correspondiente entre promotores y adultos mayores.

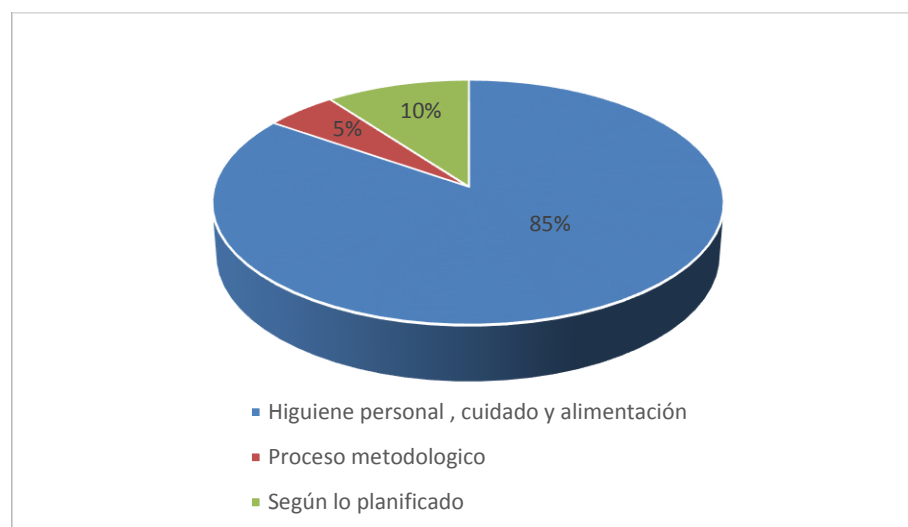


Gráfico 14. Procedimiento para el cuidado de los adultos mayores
Fuente y elaboración: El autor

Sobre el cuidado que se brinda al adulto mayor en los Centros Gerontológicos, de acuerdo con el Gráfico 14, el 85% de los promotores mantiene la higiene, cuidado y alimentación al adulto mayor, el 10% se realiza según lo planificado del centro, y el 5% cumpliendo con los procesos metodológicos ya establecidos en el manual de normativo de la unidad.

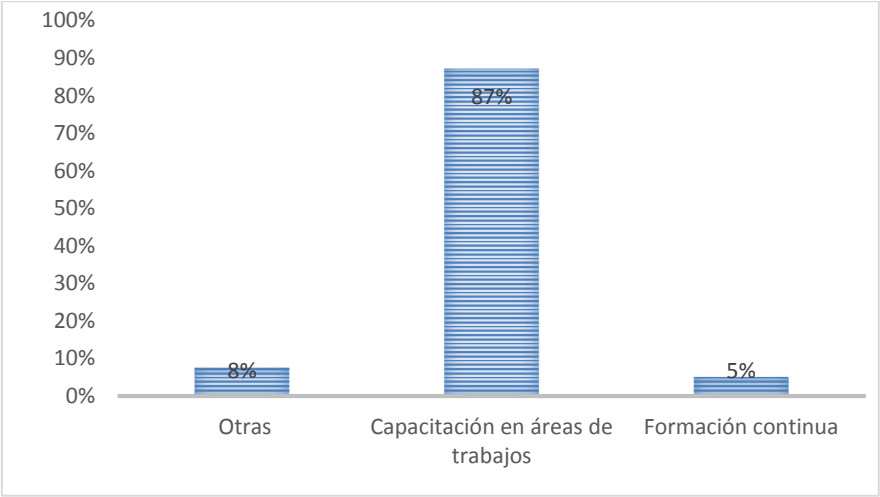


Gráfico 15. Tipo de motivación que reciben los promotores; para el cuidado de los adultos mayores.

Fuente y elaboración: El autor

Los promotores fueron consultados respecto de si reciben algún tipo de motivación para el cuidado de los adultos mayores. De acuerdo al Gráfico 15, un 87% coincidió que la capacitación recibida en sus trabajos los compromete; un 5% indicó que son los cursos de formación continua; y, un 8% indicó que fueron otras motivaciones, entre ellas, mejorar su conocimiento frente al cuidado de los adultos mayores especialmente cuando son la parte metodológicos.

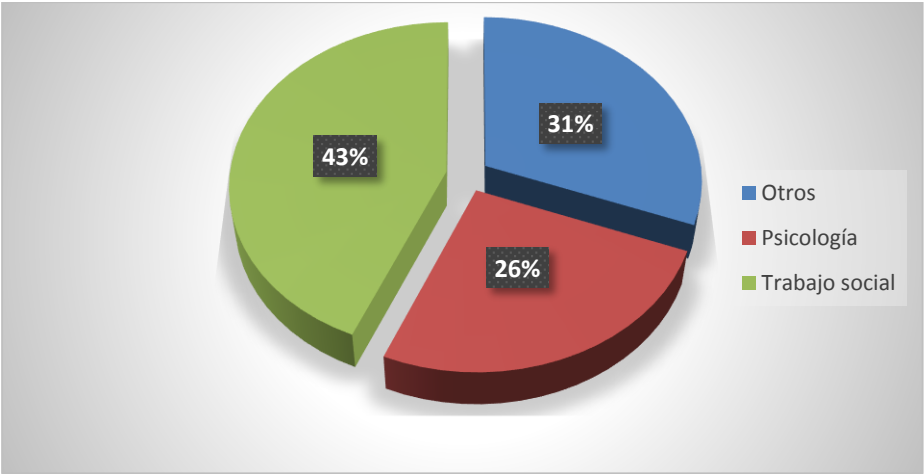


Gráfico 16. Área capacitada, para las actividades que laboran los promotores

Fuente y elaboración: El autor

Frente a las áreas en las que se sienten capacitados los promotores de cuidado, tal como lo indica el Gráfico 16, el mayor porcentaje del 43% es en trabajo social, proceso que conlleva a la reinserción familiar elaboraciones de los planes globales e individuales por cada adulto mayor, un 31% manifiestan que otra área porque los temas de capacitación no se relacionan con la modalidad de atención, y al final el 26% cree tener una capacitación en el área de psicología que es necesaria para la aplicación de los planes terapéuticos. Por otro lado, los promotores están de acuerdo con el proceso de capacitación porque manifiestan que es el mejor método de aprendizaje, ya que ellos carecen de recursos económicos para acceder a las capacitaciones particulares.

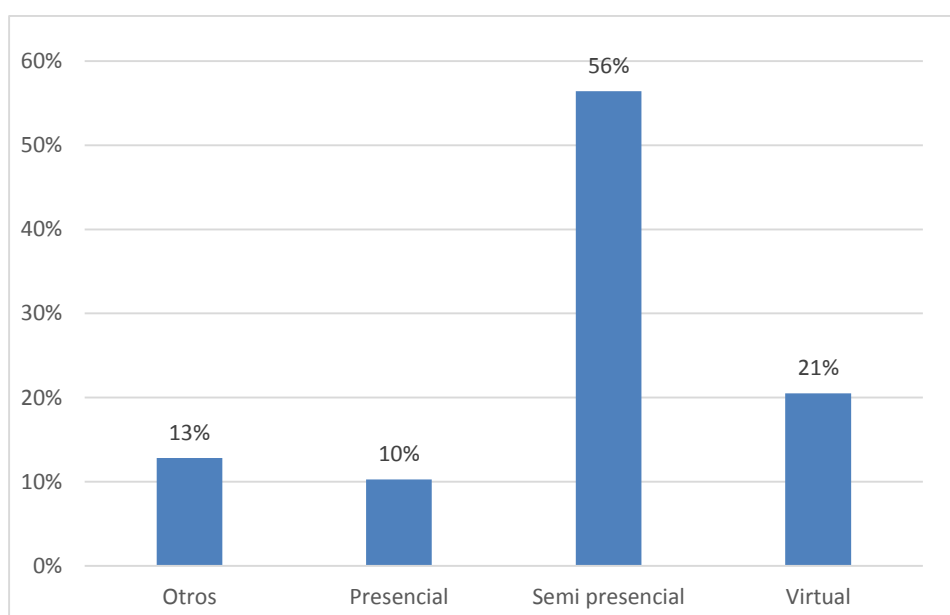


Gráfico 17 Modalidad para proceso de capacitación
Fuente y elaboración: El autor

En cuanto a las modalidades de estudio que podrían recibir los promotores de cuidado para capacitarse en el Gráfico 17 se observa que el 56% considera la modalidad semi-presencial considerando que es la mejor opción (por el tiempo); el 21% considera la modalidad virtual, por la facilidad de capacitarse desde el hogar; el 10% una capacitación presencial porque es la forma más productiva de un aprendizaje; y, el 13% otras clases de capacitaciones como: visitas domiciliarias en el hogar, los fines de semana o los días que no tengan turno, considerando que en otros servicios que ofrece el ministerio si le dan esa modalidad , la cual solo la aplica el MIES.

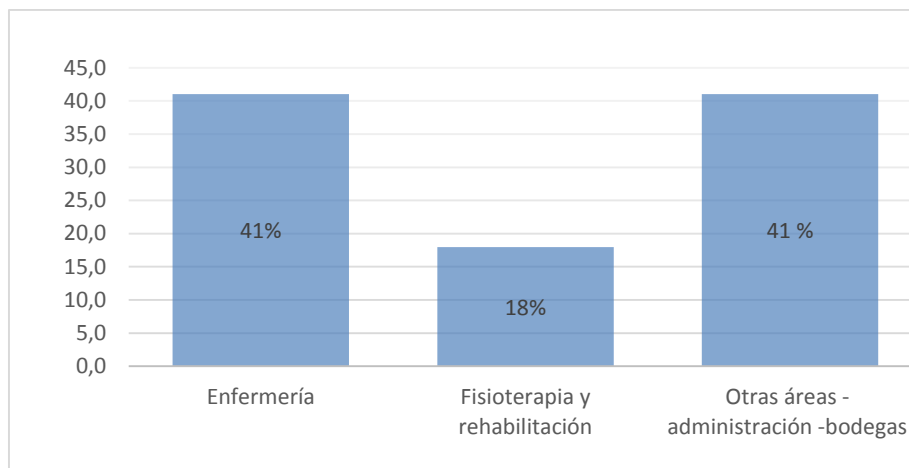


Gráfico 18. Áreas que debería fortalecer el Centro Gerontológico
Fuente y elaboración: El autor

En el Gráfico 18 los promotores fueron preguntados acerca de las áreas que ellos consideran debería fortalecerse, el 41% coincidieron que debe fortalecerse el área de enfermería de los centros porque es la de mayor importancia para la atención de primeros auxilios. Un mismo porcentaje de promotores sostuvieron, por otro lado, que debería fortalecerse otras áreas, como la de administración y bodega. Finalmente, un 18% consideró que debería tomarse en cuenta para fortalecimiento al área de fisioterapia y rehabilitación.

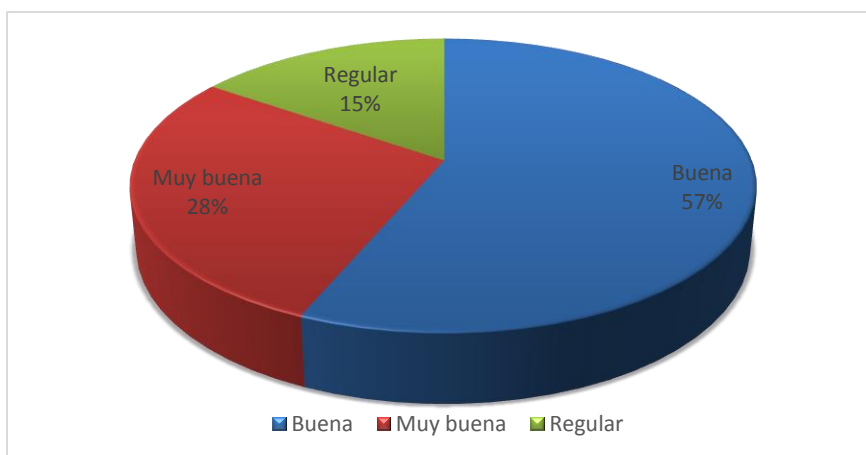


Gráfico 19. Infraestructura del Centro Gerontológico
Fuente y elaboración: El autor

En lo referente a la infraestructura del centro, en el Gráfico 19, el 57% de los promotores de cuidado considera que es buena y cumple con los estándares de calidad, el 28% muy buena por los espacios físicos que facilitan el desenvolvimiento de los adultos mayores dentro de la unidad y el 15% que es regular y debería mejorarse.

Considerando los correctos procesos administrativos y metodológicos que se deben ejecutar en los centros, el 92% de los promotores considera que están de acuerdo con el manejo interno, esto como respuesta al cumplimiento de las normativas institucionales de gerontología, contrariamente, el 8% indica no estar de acuerdo con los procesos que se realizan en la unidad.

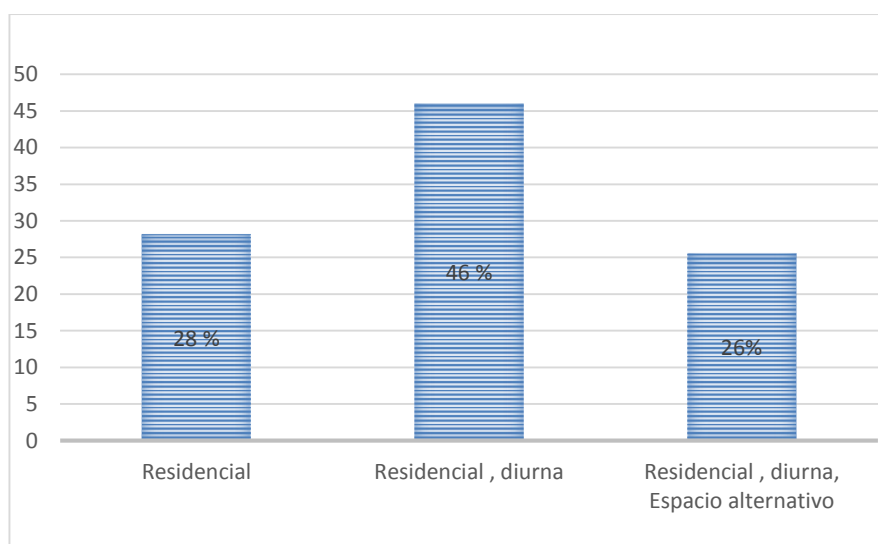


Gráfico 20. Modalidad del Centro Gerontológico
Fuente y elaboración: El autor

Las modalidades de atención que ofrecen los Centros Gerontológicos se muestran en el Gráfico 20. La modalidad más relevante es la atención residencial diurna con el 46%. Esta modalidad ofrece servicios de acogida para personas adultas mayores que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. Los centros diurnos brindan atención en el día a las personas adultas mayores, brindándole alimentación y cuidado. El 28% de los centros ofrece la modalidad residencial. Esta modalidad se caracteriza por ofrecer servicios a adultos mayores que requieren de protección especial en forma temporal o definitiva, que se encuentran en situación de abandono. El 26% de los centros restantes ofrecen la modalidad residencial diurna con espacio alternativo que, además de las dos modalidades mencionadas, se suma los espacios concebidos para el encuentro y socialización de las personas adultas mayores sanas, que puedan trasladarse por sus propios medios.

3.3. Análisis de los resultados de las encuestas a directivos de los Centros Gerontológicos de la Zonal 5 del MIES.

Con un porcentaje elevado del 86% de los directivos responsables de los siete Centros Gerontológicos a su cargo consideran que cuentan con las áreas requeridas para brindar el servicio de calidad y diferenciado a todos los adultos mayores, considerando que ellos son los responsable de contar con las áreas debidamente equipadas y con personal capacitado para la ejecución de las actividades requeridas, en las normas técnicas de la modalidad mientras que el 14% no considera que el centro cumple con todas las áreas.

Sobre el fortalecimiento de algunas áreas, un 86% de los directivos coinciden en contar con todas las áreas requeridas para brindar un servicio de calidad, según las normas técnicas de la modalidad, y que no necesitan otras áreas porque esto implicaría más personal y el centro no cuenta con presupuesto, y que internamente se coordinan para la atención de los adultos mayores en los Centros Gerontológicos que dirigen, y poder ejecutar las actividades con los adultos mayores, la diferencia no están de acuerdo con las áreas existentes.

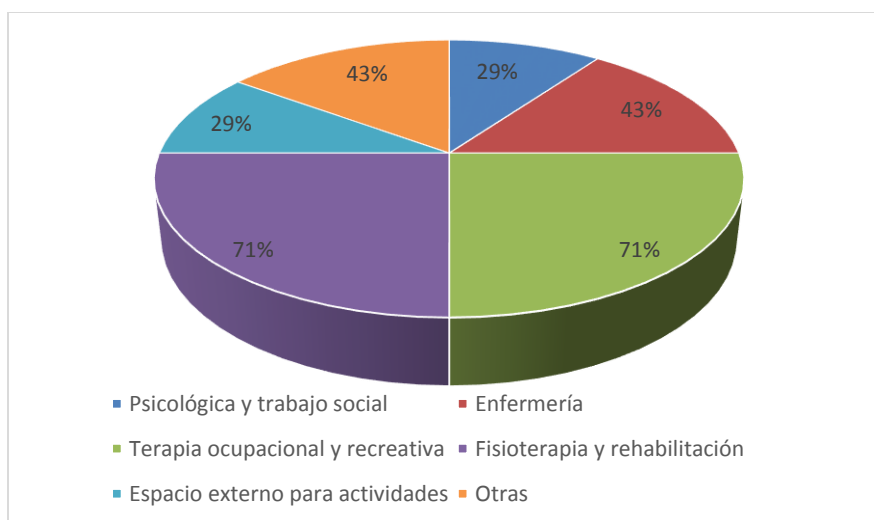


Gráfico 21. Áreas que deberían fortalecerse directivos de los Centros Gerontológicos

Fuente y elaboración: El autor

En los resultados presentado en el Gráfico 21, se ha considerado cada porcentaje por la totalidad de directivo, en la cual ellos coinciden, que el 29% consideran que deben fortalecerse algunas de las áreas particularmente los espacios externo para realizar actividades fuera de la unidad y los adultos mayores se relaciones con el entorno; igual que psicológica y trabajo social consideran que son importantes por el trabajo terapéutico y planes globales; con un 43% el área

de enfermería y otras; como administración y dirección; finalmente con el 71% fisioterapia y rehabilitación, al mismo nivel terapia ocupacional y recreativa debido a la complejidad y necesidad para la atención diaria con los adulto mayor dentro de la unidad.

Frente a las condiciones de las distintas áreas de los Centros Gerontológicos, según los directivos se encuentran en buen estado en un 86%, mientras que el 14% manifiesta, que están en excelente estado. Con respecto a información de los espacios requeridos según la norma técnica de los Centros Gerontológicos y sobre el manejo de espacios amplios de 3 a 4 metros, se presenta buen cumplimiento de las normativas, debido a que mantiene los permisos de funcionamiento debidamente actualizados según indican los directivos.

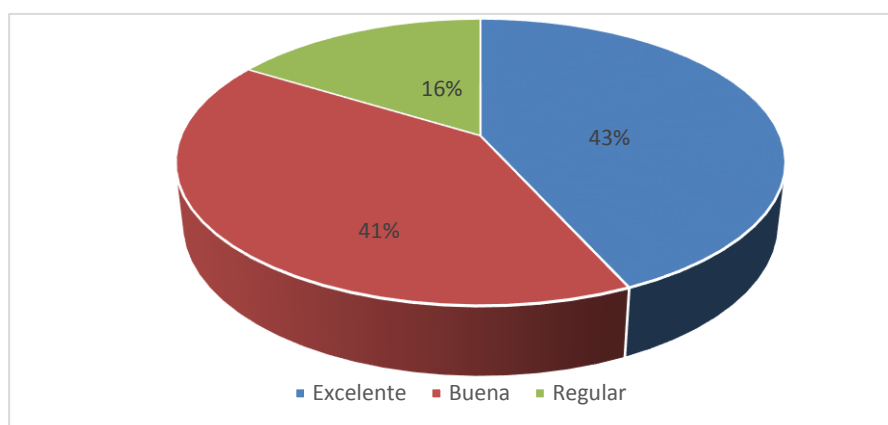


Gráfico 22. Calificación de la infraestructura del Centro Gerontológico por los directivos

Fuente y elaboración: El autor

Es importante mencionar como lo muestra el Gráfico 22, las condiciones de infraestructura de las áreas de los Centros Gerontológicos, con el 84% distribuido en 43% indican que se encuentran en excelente estado, el 41% manifiesta que las instalaciones están en buen estado, y el 16% mencionan que el estado es regular porque la infraestructura no facilita la ejecución de las diversas actividades con los adultos mayores.

Los datos relacionados si los Centros Gerontológico cuentan con suficiente material de trabajo para que los adultos mayores realicen sus actividades rutinarias, y cubrir sus necesidades, con el 57% de los directivos no cuenta con los recursos o materiales trabajo para que los adultos mayores realicen sus actividades diarias, entre los que mayormente utilizan son material de reciclaje- didáctico de manipulación y cognitivo mientras que el 43% cuentan que si tiene los materiales de trabajo para realizar las actividades dificultando el trabajo diario

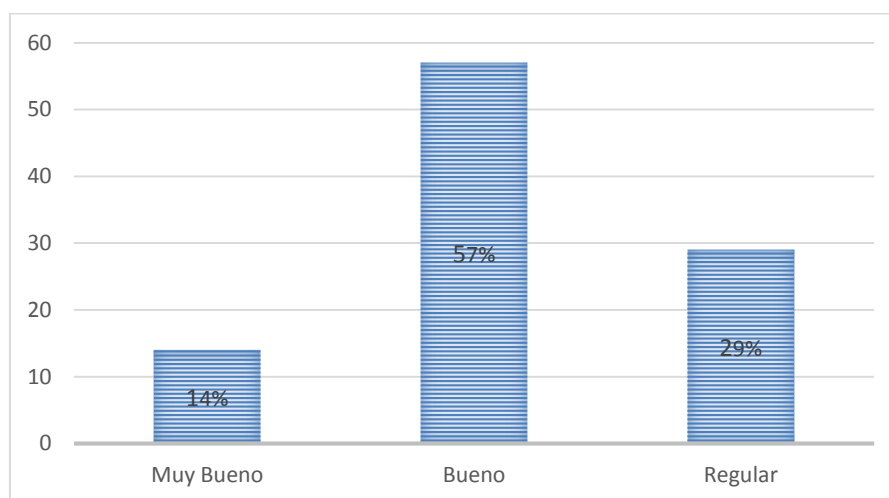


Gráfico 23. Estado de los mobiliarios de los Centros Gerontológicos
Fuente y elaboración: El autor

De acuerdo a la información tabulada se determina que el 57% de los directivos considera que el mobiliario se encuentra en buen estado; se indican por parte de la Coordinación Zonal del MIES, lograron equipar con mobiliario; el 14% considera que se encuentra en muy buen estado; y, el 29% en estado regular aún falta mejorar la totalidad de equipamiento.

Por otro lado, el 100% de los directivos recomendarían el servicio de los Centros Gerontológicos a los familiares y conocidos, ya que consideran que se da un gran servicio a las personas adultas mayores de la zona, especialmente a usuarios que se encuentran en el abandono pudiendo de este modo brindar procesos de un envejecimiento activo.

Tabla 31. Estado del mobiliario y la infraestructura de los Centros Gerontológicos de acuerdo a los directivos

Condiciones del Centro Gerontológico	Estado del mobiliario del centro		Condiciones de infraestructura del centro		Total
Muy bueno	1	14%	0	0%	1
Bueno	2	29%	1	14%	3
Regular	1	14%	2	29%	3
Total	4	57%	3	43%	7

Fuente y elaboración: El autor

Analizando los datos de la Tabla 11, de los 7 directivos de los Centros Gerontológicos evaluados, 33% considera que el estado del mobiliario se encuentra en buenos y muy buen estado, mientras que el 14% opina lo contrario, con respecto a la infraestructura del centro el

43% no están conformes y se inclinan a opinar que el estado es bueno y regular y que desde planta Central no transfieren recursos económicos para los arreglos de las unidades.

Con los resultados emitidos tanto de los adultos mayores, como a los promotores de cuidado y a los directivos de los Centros Gerontológicos, es un factor importante de considerar y tener presente, como es la permanencia de los promotores de cuidado dentro del servicio de atención a los adultos mayores, la antigüedad no es mayor a tres años en promedio, lo que lleva a reflexionar que los procesos no pueden ser sostenidos y que las personas nuevas que son contratadas para realizar esas mismas labores requieren de capacitaciones continuas para que puedan realizar las actividades, según las normas técnicas institucionales y que la vida del adulto mayor en los centros cumpla el proceso de envejecimiento positivo y activo.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los datos obtenidos en el presente trabajo de titulación, la preparación académica de los promotores del cuidado de los adultos mayores afecta en gran medida al desenvolvimiento en el desarrollo de sus actividades diarias, esto se debe a que en muchos casos no cuentan con las herramientas y destrezas adecuadas para afrontar de manera directa los problemas que afectan en el cuidado del adulto mayor. El estado físico y emocional de la población atendida, así como la preparación que deben tener los promotores de cuidado deberían ser manejadas desde una óptica que abarca el proceso de salud, y cuidado, ya que a partir del análisis de los adultos mayores y promotores de cuidado, se demuestra cómo en el vínculo entre estos, se construye una relación que va desde la formación profesional hasta la capacitación teórica, generando un hecho de gran impacto en la sociedad

En lo referente al estado físico y emocional de los adultos mayores, de los encuestados, presentan una deficiencia / deterioro mental grave, así como síntomas de probable depresión, por otro lado, la dependencia severa que se demuestran en el momento de realizar las actividades diarias, datos que guardan relación con otros estudios encontrados de depresión y deterioro cognitivo en los adultos mayores de acuerdo a Córdoba (2014) y Sosa & Salinas, (2012). En lo referente a la evaluación del estado de salud del adulto mayor, también se complementa con la atención médica y los análisis de varios instrumentos y escalas aplicados en la geriatría para profundizar y observar la ayuda que requieren en el desarrollo de sus actividades diarias dentro de los centros, según lo manifiesta (Contreras, 2015).

Otros estudios como el de Molina (2010) indican que la formación mínima que debe poseer el personal de cuidado del adulto mayor es de técnico de atención socio sanitaria y tienen claro cuáles son sus competencias y responsabilidades.

Además el personal de cuidado tienen unas “competencias de autonomía” las mismas que están reguladas por las leyes correspondientes; estas le permiten ser también un supervisor porque proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del adulto y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas rutinarias a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

De acuerdo con los autores Compean, Silerio, Castillo, & Parra, (2008), los perfiles de los promotores de centros que ofrecen el servicio de gerontología son el de ser mujer,

concentrados en grupos etarios jóvenes y de estado civil soltero, particular que guarda relación con los promotores en el lugar de estudio de la presente investigación, donde se determinó que el 82% de los promotores tiene un nivel de instrucción media, seguida por el 15% que cuenta con educación de tercer nivel y solo el 3% tiene instrucción primaria, siendo sus actividades laborales una de las razones que impiden la continuidad en su preparación académica y la falta de recursos económicos, lo que ha impedido continuar con sus estudios.

En base a los resultados se realizan capacitaciones y actividades motivacionales a los promotores de cuidado del Centro Gerontológico, se ejecutan alianzas estratégicas para coordinar estas actividades, ya que las capacitaciones recibidas por parte de los Centros Gerontológicos que fueron cubiertas al 69% a los promotores de cuidado, en capacitaciones tipo formativas y educativas, relacionadas a las actividades que realizan dentro de los centros, apenas el 31% no recibieron, mostrando un 100% de interés por parte de los promotores de cuidado en recibir o capacitarse en temas relacionados a gerontología, lo que coincide según lo expuesto Lara, Velarde, Mena, & Álvarez, (2011).

Cabe indicar que las relaciones afectivas entre el cuidador y el adulto mayor se manejan como muy buenas con un 92%, mientras que el 8% considera que son buenas, lo cual difiere a lo expuesto con Fernandez, Rodriguez, & Stolkiner, (2013), donde se expone que los cuidadores formales deberán ser los familiares, quienes serán los que brinden el cariño y afecto a los adultos mayores que están bajo su cuidado y que son familiares directos los cuales deberán dar una mejor calidad de vida.

En lo que respecta a la calidad del cuidado que reciben los adultos mayores en los Centros Gerontológicos, con la aplicación de actividades adecuadas en la actualidad, la calidad de vida se considera como una expresión multidimensional que incluye amplios y complejos aspectos relacionados con la salud física y psicológica del individuo, creencias personales, el entorno, independencia y relaciones sociales. Logrando aportar un envejecimiento activo.

Dado que la calidad de vida es un concepto multifactorial, puede acoplarse desde varios enfoques: la valoración que hace el individuo acerca de su satisfacción y bienestar general con la vida, la valoración de un área determinada o un ámbito de elementos básicos para la satisfacción general y la percepción del bienestar general, la valoración de componentes individuales que, inscritos dentro de alguna de las áreas anteriores, son útiles para valorar los efectos de determinadas intervenciones o tratamientos médicos. (Ministerio de Salud Publica, 2012).

Con los datos obtenidos se determinó que el 86% de los directivos de los Centros Gerontológicos consideran que cuentan con todas las áreas requeridas para brindar un servicio con calidad en los Centros Gerontológicos que dirigen, mientras que el 14% no lo considera, por otra parte el 29% considera que se deberá fortalecer las áreas de espacios externos y 43% el área de enfermería, tomando en cuenta que la infraestructura de los centros está calificada con el 57% en buen estado y el 28% muy bueno, lo que guarda relación con lo expuesto por Ruíz (2006), sobre la importancia a la estructura física y de los espacios que deben contar los centros gerontológicos para el cuidado del adulto mayor de forma integral.

Como se aprecia en la presente investigación, el promotor de cuidado del adulto mayor en otros países tiene un enfoque integral y mientras que en Ecuador se limita a ser un sistema de cuidado de transición. Los sistemas de salud se encuentran inmersos como componentes longitudinales y no transversales, por lo que hace analizar que estos deben estar manejados por personal preparado, y no exclusivamente por personas que tengan la necesidad de un ingreso económico.

El cuidado de los adultos mayores es un problema epidemiológico que se lo trata desde ese punto de vista como un problema de salud pública y, por lo tanto, se le da todas las atenciones que requiere para que las personas que se encuentran dentro de ese grupo etario reciban la mejor atención posible enfocada en mejorar su estilo de vida.

En relación con la investigación, el nivel académico de los cuidadores tiene influencia negativa en el cuidado de los pacientes, ya que la mayor parte de los promotores encuestados al tener una escolaridad de bachillerato, no poseen los conocimientos necesarios para poder identificar factores relacionantes que pueden estar minando las capacidades intelectuales, físicas y nutricionales de los pacientes, a esto se suma que ninguno de ellos ha desarrollado habilidades que les habilite a detectar signos que les permita tomar decisiones a favor del bienestar de los adultos mayores, según lo indica Consejo Federal de Educación (2011), destacando el perfil del promotor de cuidado.

También se debe sumar a esto la falta de aplicación de instrumentos y procedimientos acorde a las necesidades institucionales, debido a que estos instrumentos no han podido ser adaptados al nivel de preparación de los promotores y por ello los procesos se convierten en simple aplicación de acciones no ordenadas que van a depender mucho de las necesidades mediáticas. Este factor hace pensar que no existen reportes verídicos de las evoluciones de la salud de los pacientes y por lo tanto no se puede tener expedientes válidos que permitan

comparar los diferentes momentos de salud de los mismos, con la finalidad de poder identificar procedimientos médicos y psicológicos que han sido aplicados y que son útiles en realidad en la salud del adulto mayor. (Consejo Federal de Educación, 2011).

Factores a tener en cuenta es la permanencia de los promotores de cuidado dentro del servicio de atención a los adultos mayores, la antigüedad no es mayor a tres años en promedio, lo que lleva a reflexionar que los procesos no pueden ser sostenidos y que las personas nuevas que son contratadas para realizar esas mismas labores requieren de capacitaciones continuas para que puedan realizar la tarea encomendada.

Se debe establecer también que los adultos mayores son personas que requieren cuidados diferenciados, no todos pueden responder a un solo protocolo de tratamiento, basados en sus necesidades individuales, quizá no se aplica por el costo que acarrearía el disponer no solo de la medicación individual, sino también de los espacios que serían necesarios para su tratamiento y personal metodológicamente preparada para la atención.

Las diferentes acciones que se realizan a favor de los adultos mayores no son suficientes por el momento, ya que las acciones no están cumpliendo para lo que fueron concebidas, como es el de brindar un bienestar bio-psicosocial de los adultos mayores. Las instituciones gubernamentales como el MIES, encargadas del control de los centros de atención del adulto mayor deben revisar sus instrumentos de monitoreo que son aplicados a los centros para que se puedan garantizar las condiciones mínimas de funcionamiento, otorgando no solo los espacios sino también el personal adecuado que labora en ellos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación tiene como finalidad contribuir con evidencia sobre los niveles de formación académica y preparación metodológica de los promotores de cuidado de los adultos mayores en los Centros Gerontológicos de la Zonal 5 del MIES. El análisis preliminar establece una visión de la situación físico - emocional de la población de estudio y de la preparación académica de los promotores y de los directivos de los Centros Gerontológicos; entre las principales dificultades y problemas identificados, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

El estado físico-emocional que los adultos mayores presentan en base a las escalas aplicadas para la valoración geriátrica, donde los problemas relacionados con el deterioro mental al límite y el deterioro mental grave son considerables de acuerdo con la población de adultos mayores en los Centros Gerontológicos, así como el nivel de dependencia severa; son las razones para que requieran de apoyo para realizar sus actividades diarias, tomando en consideración la poca colaboración que presenta el adulto mayor por su nivel de depresión y soledad, y es así que prefieren estar aislados y sin contacto con las demás personas del entorno.

Se pudo determinar que el nivel educativo de los promotores de cuidado cuentan con instrucciones principalmente de nivel medio, por lo que la formación académico para la atención de los adultos mayores no se considera adecuado, tomando como guía el rol que desempeñan dentro de los Centros Gerontológicos diagnosticados de la Provincia de Los Ríos, Guayas y Bolívar. Así también los promotores de cuidado, presentan falta de capacitaciones periódicas que complementen las adecuadas destrezas que desarrollan dentro de los centros o de la unidad de atención, y esto constituyen falencia en el momento de desarrollar las actividades diarias para la autonomía de los adultos mayores.

La infraestructura de los Centros Gerontológicos de la Zona 5, a pesar de cubrir en gran medida con las necesidades básicas del adulto mayor, necesitan de mejor infraestructura, espacios amplios, que permitan la ejecución de actividades en las áreas de enfermería y fisiatría, así como una mejor inversión en la infraestructura de los edificios, compra de suministros básicos ya que los directivos coinciden, que no cuentan con los recursos o material de trabajo indispensables para la atención que requieren diariamente los adultos mayores.

El presente documento tiene como finalidad proporcionar un marco de referencia a los organismos de control de la Zona 5 del Ministerio de Inclusión Económica y Social, proveer una guía que oriente a los promotores de cuidado y personal de los Centros Gerontológicos

dedicados al cuidado del adulto mayor, permitir que se use como herramienta aplicada en la unidad de atención del MIES, los resultados sean socializados a los responsables, para que se considere la elaboración de un plan estratégico de formación continua dirigido al talento humano, y mejorar la atención al adulto mayor.

Se recomienda Iniciar coordinación y alianzas estratégicas con instituciones educativas de nivel superior para que complementen la capacitación y formación de los promotores de cuidado de los Centros Gerontológicos de la Zonal 5, coadyuvará a promover una carrera alineada a su rol y función dentro de las unidades. Adicionalmente, planificar que el MIES, como organismo de control realice periódicamente capacitaciones al personal a cargo de los adultos mayores y difunda los lineamientos de la organización a todo el personal de acuerdo a la normativa y los procesos vigentes por parte 'del MIES.

Que los directivos de los Centros Gerontológicos, asuman la responsabilidad de formar a promotores de cuidado para trabajar con población de adultos mayores que presentan dependencia total, utilizando las técnicas metodológicas descritas en la presente investigación, lo cual permitirá a ejecutar actividades que promuevan de mejor manera la calidad de vida del adulto mayor, buscando mejorar el estado psicosocial, habilidades de manera dependiente en el adulto mayor, por medio de la ejecución de actividades lúdicas para que se motiven y participen activamente con su entorno y puedan disminuir la depresión y soledad dentro de los Centros Gerontológicos.

Fomentar una política pública que vaya más allá de la realidad que afronta este colectivo, puesto que, al cumplir con la etapa productiva dentro de la sociedad, los adultos mayores se convierten en un grupo vulnerable que necesita presencia adecuada y protección integral por parte de los organismos de control del Estado ecuatoriano.

Este estudio recomienda que se realicen investigaciones más profundas en los Centros Gerontológicos, tanto a los adultos mayores, promotores de cuidado así como a la infraestructura. Es imprescindible la evaluación a la gestión de los directivos partiendo de las funciones que deben cumplir y las normativas institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2014000200002
- Álvarez, V. (2007). Geriatria y Gerontología. *Medes Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 75-85. Obtenido de <https://medes.com/publication/36432>: <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-espanola-de-geriatria-y-gerontologia/vol/46/issue/1>
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situacion del adulto mayor en america latina; Serie Población y Desarrollo CEPAL/CELADE. *Celade*, 21(1), 21-22. Obtenido de Población y Desarrollo: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/S01121061_es.pdf?sequence=1
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. En Asamblea Constituyente. Manabí. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Banco Mundial. (2015). *Ecuador lidera en esperanza de vida*. Obtenido de <http://www2.ucsg.edu.ec/infocsi/documents/PB311211.pdf>
- Campoverde, A. (2014). Estudio y diseño de un centro para el adulto mayor. *Universidad de Guayaquil*, 1(1), 77-78. Obtenido de repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9214/1/TESIS.pdf
- CEPAL. (2013). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. (N. Unidas, Ed.) *Naciones Unidas*, 2(3), 93-94. Obtenido de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/51945/AnuarioEstadistico2013.pdf>
- CEPAL. (2013). Los Derechos de los adultos mayores. *Celade*, 1(2), 16-17. Obtenido de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/9/51619/Derechos_PMayores_M3.pdf
- CEPAL. (2014). Boletín Envejecimiento y Desarrollo; Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores. *Celade*, 2(3), 14-15. Obtenido de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/boletin-envejecimiento-desarrollo>
- Cires, S. (2012). Estudio de factibilidad para la creación de un centro de entretenimiento y cuidados para adultos mayores. *Universidad Ecotec*, 1(1), 33-34. Obtenido de <http://gye.ecomundo.edu.ec/Biblio/TesisProyectos/CENTRO%20DE%20ENTRETENIMIENTO%20Y%20CUIDADOS%20PARA%20ADULTOS%20MAYORES.PDF>
- Compean, J., Silerio, J., Castillo, R., & Parra, M. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Conamed*, 13(1), 17-21. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3622293.pdf>
- Congreso Nacional. (2016). Ley del Anciano. Quito. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwj31eT-7sbZAhVix1kKHT18DvcQFgg-MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.sri.gob.ec%2FBibliotecaPortlet%2Fdescargar%2F8e69c28f-f98a-4edd-94cb-c9569fe688d6%2F160429%2BLey%2Bdel%2BAnciano.pdf&usg=AOvV>

- Consejo Federal de Educación. (2011). Auxiliar en cuidados gerontológicos. *La salud y seguridad de los trabajadores*, 1(3), 5-6. Obtenido de http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res11/149-11_19.pdf
- Contreras, V. (2015). *Evaluación adultos mayores con la escala Tinetti*. Obtenido de <https://prezi.com/eycmzbqh-de2/evaluacion-adultos-mayores-con-la-escala-de-tinetti/>
- Córdoba, J. (2014). Depresión y deterioro cognitivo, un problema frecuente en los mayores institucionalizados. *Geriatricarea*, 3, 6-7. Obtenido de <http://geriatricarea.com/depresion-y-deterioro-cognitivo-un-problema-frecuente-en-los-mayores-institucionalizados/>
- Cuadra, A., Medina, E., & Salazar, K. (2015). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 24-25. Obtenido de <http://limite.uta.cl/index.php/limite/article/view/175>
- Falcón, J. (2012). Centro geriátrico mitad del mundo. *Universidad Equinoccial*, 1(1), 57-58. Obtenido de repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/13638/1/47713_1.pdf
- Fernandez, T., Rodriguez, M. S., & Stolkiner, A. (2013). Las prácticas de cuidado en la vejez desde la perspectiva relacional: el vínculo entre los cuidadores formales y el adulto mayor. *Acta Académica*, 1(2), 4. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-054/289.pdf>
- Fundación EROSKI. (2016). ¿Quiénes son los cuidadores de las personas mayores? *Eroski*, 1(3), 3-4. Obtenido de Aprender a planificar el cuidado de la persona mayor: http://mayores.consumer.es/documentos/cuidador/aprender/quienes_imprimir.php
- Gálvez, M., Chávez, H., & Aliaga, E. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 22-23.
- Gaviria, A. (2014). La importancia de la formación académica en la vida laboral. *Elempleo*, 1(3), 2-3. Obtenido de <http://www.elempleo.com/co/noticias/consejos-profesionales/la-importancia-de-la-formacion-academica-en-la-vida-laboral-4480>
- Gómez, A., & Campo, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Revista Javeriana*, 10(3), 735-743. Obtenido de Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS): <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168>
- González, A. (2014). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan Internacional sobre Envejecimiento. *Gericuba*, 2, págs. 14-15. Obtenido de Red Cubana de Gerontología y Geriátrica: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=13054>
- González, L., & Posligua, S. (2015). Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11187/1/TESIS%20Gonzalez-%20Posligua.pdf>
- INEC. (2010). *Ecuador en cifras*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

- INISA. (1994). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista de ciencias del movimiento humano y salud*, 1, 11-12. Obtenido de <http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/312/261>
- Lara, R., Velarde, A., Mena, M., & Álvarez, P. (Agosto de 2011). *Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>
- Leal, B. (2006). Análisis descriptivo sobre el envejecimiento de la población y la enfermedad de alzheimer. La realidad social actual. *Universidad de Vigo*, 1(2), 18-19. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002421.pdf>
- Matus, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud colectiva*, 11(4), 11-12. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000400003
- MIES. (2012). Agenda de adulto mayores. Quito. Obtenido de http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- MIES. (2012). Ley del Anciano. *Ministerio de inclusión económica y social*, 1(2), 27-28. Obtenido de www.sri.gob.ec/BibliotecaPortlet/descargar/.../Ley+del+Anciano+%281%29.pdf
- MIES. (2013). Agenda adultos. Obtenido de http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- MIES. (2013). Guía operativa del modelo de atención de los centros del Buen Vivir para el adulto mayor. *Ministerio de inclusión económica y social*, 1(2), 82-83. Obtenido de [www.inclusion.gob.ec: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ATENCION-DIURNA.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ATENCION-DIURNA.pdf)
- MIES. (2014). Norma técnica de la población adulta mayor. *Ministerio de inclusión económica y social*, 2, 22-23. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- MIES. (marzo de 2014). Norma técnica de la población adulta mayor. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de atención integral - MAIS*. Quito.
- Molina, A. (2010). *Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/molina-requisitos-01.pdf>
- Moscardi, M. (2011). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. *Wordpress*, 2(3), 8-9. Obtenido de <https://nancyclides.wordpress.com/2011/02/02/construyendo-el-concepto-cuidador-de-ancianos/>

- OMS. (2012). Calidad de vida en los adultos mayores. *Scielo*, 21(84), 14-15. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OPS. (1997). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17-21. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
- OPS. (2012). Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. *Educación médica y salud*, 23(2), 33-34. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6816%3A2012-ensenanza-enfermeria-salud-adulto-mayor&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es
- Queralt. (2016). Definición de envejecimiento. *Canal Salud Mapfre*, 1(2), 14-15. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Revista Accesos. (22 de Enero de 2016). Perfil para el cuidador del adulto mayor. *Revista Accesos*, 2, 7-8. Obtenido de <http://www.revistaccesos.com/author/revista-accesos/>
- Rodríguez, O. (2015). Escalas para la valoración de la función física del usuario; Índice de kart y de Barthel. *Más que mayores*, 1(2), 3-4. Obtenido de <http://masquemayores.com/magazine/salud/escalas-para-la-valoracion-de-la-funcion-fisica-del-usuario-indice-de-kart-y-de-barthel/>
- Román, M. (2005). Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. En V. A. María Román García, *Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer* (Vol. 2, pág. 472). Sevilla: Editorial Mad.
- Romero, A. (2007). Temas para la asistencia clínica al adulto mayor-Aspects of clinical assistance for elderly people. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*, 5(2), 177. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/temas_para_la_asistencia_clinica_al_adulto_mayor.pdf
- Ruiz, C. (2006). *Centro integral para el adulto mayor*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/ruiz_c/sources/ruiz_c.pdf
- Sánchez, M. (2007). El cuidador un pilar fundamental en el adulto mayor institucionalizado. *Universidad de Colima*, 1(1), 82-83. Obtenido de <http://www.ucol.mx/resifro/pdf/SF11004.pdf>
- Sanitas. (2017). Biblioteca de la salud, la tercera edad, rehaabilitación, tratamientos, escala de tinetti. *Sanitas*, 1, 7-8. Obtenido de <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-tinetti.html>
- Sanjoaquín, A., Fernández, E., Mesa, M. E., García, E., & Calvo, A. (2015). Tratado de geriatría. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 2(3), 67-68. Obtenido de https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf
- Satorres, E. (2013). Envejecimiento y bienestar. 1(1), 17-19. Obtenido de <http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- SENPLADES. (2013). Plan nacional del Buen Vivir 2013-2017. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Sosa, & Salinas. (2012). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. *Instituto nacional de geriatría*, 2(3), 6-7. Obtenido de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf
- Tibán, L. (2012). Ley del adulto mayor "Ley del anciano". *El ecuatoriano*, 1, 2-3. Obtenido de <http://elecuadoriano.net/2012/05/24/ecuador-ley-del-adulto-mayor-ley-del-anciano/>
- Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Sociedade Galega de Medicina interna*, 1(2), 15-16. Obtenido de Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
- UJA. (2010). Introducción al concepto de envejecimiento. 1(2), 8. Obtenido de <http://www.ujaen.es/busqueda.html?q=Introducci%C3%B3n+al+concepto+de+envejecimiento&op=>
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Pepsic*, 1(2), 11-12. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002
- Zaidi, A. (2008). Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. *Centro Europeo*, 2(3), 18-19. Obtenido de http://www.euro.centre.org/data/1242392033_86769.pdf

ANEXOS

ANEXOS N° 1

ENCUESTA A PROMOTORES DE CUIDADO DE ADULTOS MAYORES, MODALIDAD RESIDENCIAL			
DATOS GENERALES			
Género:			
Estado civil:			
Edad:			
Nombre del Centro Gerontológico:			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
1.- ¿Cuál es el nivel de instrucción y años más alto que alcanzó?			
1. Primaria	☐	2. Tercer Nivel	☐
3. Secundaria	☐	4. Cuarto nivel	☐
Especificar el nivel de estudios alcanzado y año de escolaridad:			
2.- ¿Estudia actualmente?			
1. SI	☐	2. NO	☐
Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 3, si la respuesta es SÍ, pasa a la pregunta 4			
3.- ¿Indique las razones por las que no estudia?			
Edad	☐	Por falta de cupo	☐
Enfermedad/ discapacidad	☐	Por embarazo	☐
Terminó sus estudios	☐	La familia no le permite estudiar	☐
Falta de recursos económicos	☐	Por fracaso escolar	☐
Por trabajo	☐	No está interesado en estudiar	☐
Otro:	☐		
Luego de responder pase a la pregunta 6			
4.- ¿Qué tipo de estudios cursa?			
Primaria	☐	Especialidad	☐
Secundaria	☐	Diplomado	☐
Tecnológica	☐	Cuarto nivel	☐
Tercer nivel	☐		
Según la opción , especificar los estudios que cursa :			
5.- Los estudios que lleva a cabo, ¿se relacionan con sus actividades laborales?			
1. SI	☐	2. NO	☐
6.- ¿Ha recibido capacitaciones en el último semestre?			
1. SI	☐	2. NO	☐
Si la respuesta es SÍ, pasa a la pregunta 7 / Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 10			
7.- ¿Qué tipo de capacitaciones cursó?			
Formativo	☐	Educativo	☐
8.- ¿Cuándo fue la última capacitación que cursó?			
No ha recibido capacitaciones anteriormente	☐	Hace un 1 mes	☐
3 meses	☐	Hace 6 meses	☐
Más de 12 meses	☐		
9.- ¿Las capacitaciones que ha cursado se relacionan con sus actividades laborales?			
1. SI	☐	2. NO	☐
10.- ¿Le gustaría instruirse o capacitarse en temas relacionados con gerontología?			
1. SI	☐	2. NO	☐
Si su respuesta es SÍ, explique las razones. Y por qué no lo ha hecho			
Si su respuesta es NO, explique las razones.			

REFERENCIAS LABORAL			
11.- ¿Cuántos años labora en el Centro Gerontológico?			
1. Menos de 12 meses		3. 24 a 36 meses	
2. 12 a 24 meses		4. Más de 36 meses	
12.- ¿Qué beneficios recibe en el Centro?			
Viáticos / subsistencia		Alimentación	
Horas Extras/ complementar		Décimo tercero y cuarto sueldo	
Vacaciones			
Otros:			
13.- Califique su grado de satisfacción laboral en el centro en el que trabaja			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10		
1 es nada satisfactorio y 10 es muy satisfactorio, si escoge intermedio explique la razón de su repuesta.			
14.- El salario que recibe es acorde a las labores que realiza con los adultos mayores			
1. SI		2. NO	
Si la repuesta es No explique ¿por qué?			
15.- ¿Cuántas horas en la semana labora en el Centro Gerontológico?			
1. 20 a 40 horas		3. 40 horas	
2. Menos de 20 Horas		4. Más de 40 hora semanal	
16.- ¿Cómo es su jornada de trabajo?			
1. Rotativo		2. Fijo	
17.- Grado de satisfacción con la jornada de trabajo			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10		
1 es nada satisfactorio y 10 es muy satisfactorio, si escoge intermedio explique la razón de su repuesta.			
18.- ¿Qué tipo de relación laboral tiene actualmente?			
1. Nombramiento regular		3. Contrato ocasional	
2. Nombramiento provisional		4. Contrato indefinido	
19.- ¿Cuántas horas dedica al cuidado de cada adulto mayor?			
20.- ¿Cuántos adultos mayores tienen a su cargo?			
21.- ¿Cómo es su relación afectiva con los adultos mayores?			
Muy buena		Buena	
Regular		Malo	
Razón por la que escogió la opción:			
22.- ¿Cuál es el procedimiento para el cuidado de los adultos mayores en el Centro?			

REFERENCIA DEL CENTRO			
23.-	¿Cuál es el tipo de motivación que reciben, para el cuidado de los adultos mayores? Capacitación en las áreas de trabajos Formación continuas Entre otras: _____		
24.-	¿En cuál de las siguientes áreas se siente capacitado para las actividades que labora? Psicología Trabajo social Otros		
25.-	¿Recibe formación del Centro Gerontológico? 1. SI 2. NO Si la respuesta es SÍ, ¿en qué áreas específicamente lo capacita el Centro? _____		
26.-	¿Está de acuerdo con un programa de formación continua en su Centro Gerontológico? 1. SI 2. NO		
27.-	¿Considera usted que el Centro Gerontológico debe fortalecer algunas áreas? 1. SI 2. NO Si la respuesta es NO, debe pase a la siguiente pregunta, Si la respuesta es SÍ salte a la pregunta 29		
28.-	¿En cuál de las siguientes áreas debería fortalecer? Enfermería Dirección Talleres-terapia ocupacional y recreativa Fisioterapia y rehabilitación Otras: _____		
29.-	¿Qué modalidad de estudio le gustaría, para el proceso de capacitación? Presencial Semi presencial Virtual Otras:		
30.-	¿Cómo cataloga la infraestructura del centro Gerontológico en el que trabaja? Muy buena Buena Regular Malo Razón por la que escogió la opción: _____		
31.-	¿Considera Ud. que los procesos administrativo y metodológico de su centro es correcta? 1. SI 2. NO ¿Qué sugiere? _____		
32.-	¿Qué modalidad ofrece el centro? Residencial Atención Diurna Espacios Alternativo Visita domiciliaria		
33.-	¿La unidad de atención cuenta con las siguientes áreas, secciones? Psicológica y trabajo social Administración Enfermería Bodega Talleres-terapia ocupacional y recreativa Cocina Fisioterapia y rehabilitación Espacio externo para actividades		
GRACIAS			

ANEXO N°2

ENCUESTA A DIRECTORES DE CENTROS GERONTOLOGICOS RESIDENCIALES

DATOS GENERALES	
Género:	_____
Estado civil:	_____
Edad:	_____
Nombre del Centro Gerontológico:	_____

INFRAESTRUCTURA

- El centro gerontológico que usted dirige: ¿cuenta con las áreas requeridas para brindar un servicio de calidad y diferenciado a los adultos mayores?**

1. Sí ☐ 2. NO ☐

Explique su
respuesta: _____

- 2.- ¿Considera usted que el centro Gerontológico debe fortalecerse algunas áreas?**

1. Sí ☐ 2. NO ☐

Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 4:-

- 3.- ¿En cuáles de las siguientes áreas debería fortalecerse? Puede escoger más de 1 opción.**

Psicológica y trabajo social ☐ Administración ☐

Enfermería ☐ Dirección ☐

Talleres-terapia
ocupacional y recreativa

Cocina

Fisioterapia y
rehabilitación

Espacio externo para actividades

Otras:

4.- ¿En qué condiciones se encuentran las áreas del centro?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 representa “en muy malas condiciones”, y 10 “en excelente condiciones”. Explique la razón de su repuesta:

5.- ¿La unidad de atención cuenta con espacios de al menos 3 a 4 metros cuadrado por adulto mayor, según la norma técnica de centros residenciales de gerontología?

1. Sí

2. NO

Si la repuesta es NO, indique con qué cantidad de metros cuadrado cuentan dichos espacios:

6.- ¿El centro cuenta con permiso de funcionamiento actualizado, según la modalidad de atención?

1. Sí

2. NO

Sí la repuesta es NO explique cómo funciona:

7.- ¿La unidad de atención que usted dirige: ¿cuenta con espacios amplios y seguros?

1. Sí

2. NO

Si su respuesta es NO, explique las causas:

8. Califique con una X la infraestructura del Centro Gerontológico:

Ambientes	Excelente	Buena	Regular	Malo
8.1.Espacios amplios				
8.2.Cerramiento y vigilancia				
8.3. El acceso vehicular para aprovisionamiento y emergencias;				
8.4. Rampas para el acceso a planta saltas o desniveles.				
8.5.Materialesde los pisos para prevenir caídas				
8.6. Puertas anchas de fácil manejo y que se abran hacia afuera.				
8.7. Iluminación y ventilación natural.				
8.8. Espacios para almacenamiento de alimentos fríos y secos.				
8.9. Pasamanos en baños e inodoros, vestidores y espacios de traslado;				
8.10. Vestidores y espacios de traslado;				
8.11. Calidad de los techos (resistencia, impermeabilidad, etc.).				

MATERIAL , EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIOS

¿Cuenta el centro gerontológico con suficiente material de trabajo para que los adultos mayores realicen sus actividades diarias?

1. Sí

☐

2. NO

☐

Si la respuesta es NO, explique ¿por qué?_____

¿Qué tipo de materiales utilizan las promotoras para las actividades con adultos mayores?

11.- Marque con una X si el centro gerontológico cuenta con el siguiente equipamiento:

Equipos de oficina:	☐	Menaje de cocina	☐
Suministros de oficina	☐	Equipamiento en comedor	☐
Mobiliarios de cocinas:	☐	Mobiliario en sala	☐
Mobiliario de dormitorio	☐	Equipo de lavandería	☐
Equipo de mantenimiento	☐	Equipos de refrigeración de alimentos	☐

Otros: _____

12.- ¿En qué estado se encuentran los mobiliarios en la unidad de atención?

Muy Bueno	☐	Bueno	☐
Regular	☐	Malo	☐

¿ Señale con una X si la unidad de atención cuenta con el siguiente equipamiento

13.- de seguridad:

Extintores	☐	Zona de evacuación debidamente rotulada	☐
Botiquín	☐	Salida de emergencia	☐

Otros: _____

¿Recomendaría usted el servicio del centro gerontológico, que usted administra a

14.- los familiares y/o conocidos?

SI	☐	NO	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Si su repuesta es NO, menciones las
razones: _____

GRACIAS

ANEXO N° 3

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Se trata de un instrumento utilizado para valorar la depresión en personas adultas mayores de 65 años, este instrumento no se centra en aspectos físicos sino en aspectos relacionados con el estado de ánimo

El instrumento cuenta con 15 preguntas formuladas en afirmativas y negativas en forma abreviada, esta es una versión abreviada que nos ayuda a evitar el cansancio del adulto mayor.

Nombre del adulto mayor: _____

Edad: _____

Fecha: _____

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

N°	Componentes	SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?		
2	¿Ha abandonado muchas de sus actividades en intereses?		
3	¿Nota que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?		
6	¿Tiene miedo que le pase algo malo?		
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente a menudo abandonado?		
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?		
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11	¿Cree que vivir es maravilloso?		
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?		
13	¿Se encuentra lleno/a de energía?		
14	¿Cree que su situación es desesperada?		
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?		

PUNTAJE TOTAL

Firma: _____

ANEXO N° 4
ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Nombre del adulto mayor: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Valora la capacidad de utilizar el teléfono, hacer compras, lavar la ropa, cuidado de la casa, elaboración de comida, lavado de ropa, utilización de transporte público, manejo de medicación y los recursos económicos. Valora las actividades instrumentales de la vida diaria. Anotar, con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cual es la situación concreta personal de la persona mayor, respecto a estas 8 preguntas de actividad instrumental de la vida diaria. (AIVD)

Literal	Escala de actividad Instrumental de la Vida Diaria (AIVD)	Puntos
A.-	Capacidad de usar el teléfono.	
	Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números.	
	Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.	
	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	
	No utiliza el teléfono en absoluto	
B.-	Ir de compras.	
	Realiza todas las compras necesarias independientemente.	
	Realiza independientemente pequeñas compras.	
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	
	Totalmente incapaz de comprar	
C.-	Preparación de la comida.	
	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente.	
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	
	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	
D.-	Cuidado de la casa.	
	Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	
	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	

	Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	
	No participa en ninguna labor de la casa.	
E.-	Lavado de la ropa.	
	Lava por sí mismo/a toda la ropa.	
	Lava por sí mismo pequeñas prendas (medias, etc.).	
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	
F.-	Uso de medios de transporte.	
	Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.	
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	
	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	
	Utiliza taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	
	No viaja en absoluto	
G.-	Responsabilidad respecto a su medicación.	
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	
	Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.	
	No es capaz de administrarse su medicación.	
H.-	Manejo de asuntos económicos.	
	Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesto, llena los cheques, paga recibos y facturas, va al banco (recoge y conoce sus ingresos.	
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco.	
	Incapaz de manejar dinero.	
TOTAL		
RESPONSABLE		

ANEXO N° 5
ESCALA DE TINETTI

Nombre del adulto mayor: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Equilibrio

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. De instrucciones al paciente para las siguientes maniobras		Puntos
Al sentarse	Incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.	
	Capaz y no cumple los criterios para 0 o 2	
	Se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.	
Equilibrio mientras está sentado	Incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).	
	Se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.	
	Firme, seguro, erguido.	
Al levantarse	Incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.	
	Capaz, pero requiere 3 intentos.	
	Capaz en 2 intentos o menos	
Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 ser.):	Inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.	
	Estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.	
	Estable sin andador, bastón u otro soporte	
De pie		
Equilibrio con pies lado a lado	Incapaz o inestable o solo se mantiene ≤ 3 segundos.	
	Capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o solo se mantiene por 4 – 9 segundos.	
	Base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: ____ segundos	
Prueba del Tirón	Comienza a caerse.	
	Da más de 2 pasos hacia atrás.	

	Menos de 2 pasos hacia atrás y firme	
Se para con la pierna derecha sin apoyo	Incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos	
	Capaz por 3 o 4 segundos	
	Capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	
Se para con la pierna izquierda sin apoyo	Incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por <3 segundos	
	Capaz por 3 o 4 segundos.	
	Capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	
Posición de Semi-tándem	Incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene ≤ 3 segundos.	
	Capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.	
	Capaz de mantener la posición semi-tandem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	
Posición Tándem	Incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.	
	Capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.	
	Capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	
Se agacha (para recoger un objeto del piso)	Incapaz o se tambalea.	
	Capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.	
	Capaz y firme.	
Se para en puntillas	Incapaz.	
	Capaz pero por < 3 segundos.	
	Capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	
Se para en los talones	Incapaz.	
	Capaz pero por < 3 segundos.	
	Capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos	

Marcha

Instrucciones: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades. Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____	
--	--

Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle "camine"):	Cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.	
	Sin vacilación.	
Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.	Marcada desviación.	
	Moderada o leve desviación o utiliza ayudas.	
	Recto, sin utilizar ayudas	
Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):	Si, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.	
	Sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.	
	No	
Da la vuelta (mientras camina)	Casi cae.	
	Leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.	
	Estable, no necesita ayudas mecánicas.	
Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):	Comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.	
	Capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.	
	Capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso	
	TOTAL	

Firma_____

ANEXO N° 6

MEDICIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA VALORACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL/KATZ (Modificado)

NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO MAYOR :

Puntaje		
COMER		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo, come en un tiempo razonable, la comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.
LAVARSE-BAÑARSE		
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie, y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo, incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo solo sin estar una persona presente.
0	Dependiente	Necesita ayuda o supervisión.
VESTIRSE		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa sin ayuda.
5	Necesita	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente	Necesita ayuda.
ARREGLARSE		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda, incluye lavarse manos y cara, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN		
10	Contiene	Ningún episodio de incontinencia, si necesita enema o supositorios, es capaz de administrárselos por sí solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana, o necesita ayuda para enema o supositorio.
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Micción (valorar la situación en la semana previa).		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana, o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
IR AL BAÑO		
10	Independiente	Entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y jalar la cadena, capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse).
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de usar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
TRASLADO SILLÓN CAMA		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases, si utiliza silla de ruedas, se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, como la ofrecida de una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha resistencia para entrar a la cama, salir de ella o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o equivalente sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda.
10	Mínima ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física.
5	Independiente en silla de rueda	En 50 mts., debe desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

NOTA: La evaluación nos muestra el grado de Independencia y dependencia del Adulto Mayor

.....

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE

FECHA: (DÍA, MES Y AÑO).....

ANEXO N° 7
VALORACIÓN COGNITIVA
TEST DE LA CLÍNICA MAYO (MODIFICADA)

1.- ORIENTACIÓN

Nombre:	Edad:	
Dirección:		
Provincia:	Ciudad:	
Día:	Mes:	Año

8 PUNTOS

2.- ATENCIÓN

Repetir los dígitos hasta el 7 en orden ascendente **7 PUNTOS**

3.- APRENDIZAJE (Se da que repita 4 palabras)

Sr. López Manzana Limosna Túnel **4 PUNTOS**

4.- CÁLCULO ESCRITO (Se pide a la persona que haga las siguientes operaciones)

11	65	13	58/2=	
+9	<u>-7</u>	<u>*5</u>	210	

4 PUNTOS

5.- SEMEJANZAS: (en qué se parecen)

Plátano/naranja perro/gato mesa/armario **3 PUNTOS**

6.- INFORMACIÓN

¿Quién es el presidente actual? ¿El anterior?

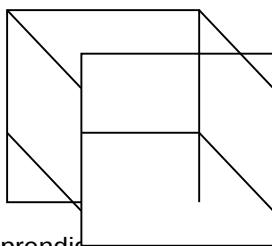
¿Cuántos días tiene el año?

¿Qué es una isla? ¿Qué es el azadón? ¿Qué es el machete? **4 PUNTOS**

7.- CONSTRUCCIÓN (dibuje)

Un reloj y ponga los números el horero y el minuterero en las 11:10 **2 PUNTOS**

8.-COPIA ESTE DIBUJO



2 PUNTOS

9.- RECORDAR

(Hacer recordar las palabras antes aprendidas)

Sr. López, Manzana, Limosna, Túnel. **4 PUNTOS**

TOTAL 38 PUNTOS

.....
NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE

FECHA (DÍA, MES Y AÑO):.....

ANEXO 8

Encuestas realizadas a los adultos mayores de la ciudad de Quevedo con el apoyo de la Psicologa Clinica Mirella Mackliff



Centro Gerontológico de Babahoyo - Actividades diarias apoyo con la terapeuta



Adultos Mayores del Centro Gerontológico de Milagro



Adultos mayores realizando actividades lúdicas y culturales Guaranda



Adultos mayores realizando actividades diarias y en eventos y culturales Salitre

