



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ESTADO DE SALUD EN AZOGUES, MAYO-OCTUBRE
2022**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: ADRIANA DE LOS ÁNGELES VILLAVICENCIO
SANMARTÍN**

DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, MGS.

AZOGUES - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
ESTADO DE SALUD EN AZOGUES, MAYO-OCTUBRE
2022

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTOR: ADRIANA DE LOS ÁNGELES VILLAVICENCIO
SANMARTÍN

DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, MGS.

AZOGUES - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º.1150462925 Declaro ser el autor de la obra: **“Estado de salud del adulto mayor en Azogues, mayo-octubre 2022”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **19 de octubre de 2022**

F:

Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín

C.I. 1150462925

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

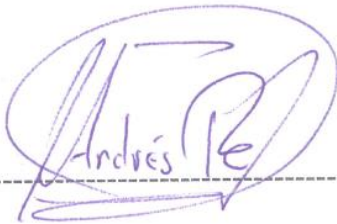
Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA AZOGUES

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado "**Estado de salud del adulto mayor en Azogues, Mayo- Octubre 2022.**", realizado por **Adriana de los Angeles Villavicencio Sanmartín**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se ejecuta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, 19 de octubre del 2022



Andrés A. Ramírez Coronel
C.I. 0302185053
ENESCYT. 1029 - 14 - 132794b

Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel

Tutor

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación quiero dedicar principalmente a mis padres quienes con su esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional se ha podido lograr cada una de las metas propuestas que a pesar de la distancia siempre han estado presentes con sus palabras de aliento, oraciones y sus bendiciones, a mis hermanos por ser el pilar fundamental y espejo para seguir por ser el mejor complemento para todo este periodo académico.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios y a la Virgen del Cisne por haberme permitido disfrutar de una nueva experiencia en otra ciudad y en la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues a la carrera de Enfermería por darme acogida, a mis docentes que me ayudaron para convertirme en una gran profesional e hicieron posible este sueño aquellos familiares también que caminaron junto conmigo en todo este proceso a mis padres, hermanas, tíos, primos y al Sr. Vinicio Villavicencio. Agradezco por enseñarme la empatía y el amor verdadero con el que debo ayudar a los demás.

A mi tutor de tesis Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel, quien con su liderazgo me ayudo a que se realice este trabajo de investigación.

Estado de salud de adulto mayor en azogues, mayo-octubre 2022

Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín ¹ Andrés Alexis Ramírez Coronel¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, mavillavicencios25@est.ucacue.edu.ec:

Resumen

Introducción: El estado de salud está relacionado con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en donde intervienen factores como alimentación, actividad física, sexualidad, descanso, trabajo. **Objetivo:** Determinar el estado de salud de los adultos mayor en Azogues en el periodo mayo - octubre 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico, de corte transversal, con una población de 368 adultos mayores, residentes en la ciudad de Azogues, se utilizaron el instrumento *Mini Mental State Examination (MMSE)* Modificado y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, denominada *WHOQOL-BREF*. **Resultados:** El 68,2%, fueron mujeres, el 51,4% tiene nacionalidad ecuatoriana residentes en la ciudad de Azogues en el área rural, según la instrucción el 41.3 % tiene primaria, el 56.0 % es Casado/Unión Libre. El 85.1 % presentó una salud cognitiva sin deterioro, y el 68,3% de la población de adulto mayores tiene diabetes. La edad se correlacionó positivamente y entre débil y moderada con la salud cognitiva ($\rho=.13$) y física ($\rho=.43$), En cuanto a la salud Cognitiva no hubo diferencias según el rango de edad de los adultos mayores ($F=1,39$; $p=.25$). En cambio en la salud física los adultos mayores presentaron diferencias estadísticamente significativas en función al rango de edad ($F=42,49$; $p<.05$). Los adultos ancianos (85+) manifestaron mayores problemas en la salud física que los adultos ancianos (70 a 79 años) y adultos jóvenes (60 a 69 años), no existió diferencias significativas entre la salud Cognitiva y Física en función de los rangos de edad en los adultos mayores. **Conclusiones:** En la etapa de la longevidad existen factores determinantes relacionados con la salud física y cognitiva, aumentando mientras la edad avanza.

Palabras clave: Adulto mayor, salud cognitiva, salud física

Abstrac

Introduction: The state of health is related to the perception of the quality of life of the older adult, where factors of nutrition, physical activity, sexuality, rest, and work intervene. **Objective:** To determine the health status of older adults in Azogues city from may to october 2022. **Methodology:** An observational, descriptive, analytical, cross-sectional study was conducted with 368 older adults living in Azogues city using the Modified Mini-Mental State Examination (MMSE) and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF. **Results:** 68.2% were women, 51.4% were Ecuadorian living in the rural area of Azogues city, 41.3% attended primary education, and 56.0% were married/consensual union. 85.1 % presented cognitive health without deterioration, and 68.3 % of older adults had diabetes. Age is weak to moderate with cognitive ($\rho=.13$) and physical health ($\rho=.43$). In mental health, there were no differences according to the age range of the older adults ($F=1.39$; $p=.25$). Besides that, in physical fitness, older adults presented differences according to age range ($F=42.49$; $p<.05$). Long-lived adults (85+) showed more physical health problems than older adults (70 to 79 years) and young adults (60 to 69 years). There were no significant differences between Cognitive and Physical **Conclusion:** In the longevity stage, there are determinant factors related to physical and cognitive health.

Keywords: older adult, cognitive health, physical health

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
Estado de salud de adulto mayor en Azogues, Mayo-Octubre 2022.....	VI
Resumen.....	VI
Abstrac	VII
Índice.....	VIII
Introducción	1
Metodología.....	6
Resultados.....	11
Discusión	16
Conclusiones	22
Referencias.....	23
Anexos.....	26
ANEXO 1: PROTOCOLO.....	26
ANEXO 2:CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	48
ANEXO 4:APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.....	53
ANEXO 5: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.....	54

Introducción

La mayoría de los países del mundo desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de adulto mayor (1). Aunque esta definición es algo arbitraria, muchas veces se asocia a la edad a la que se puede empezar a recibir prestaciones de jubilación. Aunque existen definiciones de vejez de uso común, no hay un acuerdo general sobre la edad a la que una persona se hace vieja. El uso común de una edad para marcar el umbral de la vejez supone una equivalencia con la edad biológica, pero al mismo tiempo, se acepta generalmente que estas dos no son necesariamente sinónimas (2).

En muchos países en vías de desarrollo se considera que la vejez comienza en el momento en que ya no es posible la contribución activa (1). Actualmente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (3) ha acordado el límite de los 60 años para referirse a la población mayor. En todo el mundo, el número de personas de más de 60 años está aumentando, entre el 2000 y 2050, la proporción de población anciana en el mundo se duplicará, pasando del 11% al 22% aproximadamente, se espera que el número absoluto de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2.000 millones en el mismo periodo, señalando que la mayor parte de este aumento se está produciendo en los países desarrollados (4). A nivel mundial aproximadamente 810 millones de personas tienen 60 y más años. Cada segundo, dos personas en el mundo cumplen 60 años (5). Las personas mayores tienen capacidades regenerativas e inmunitarias limitadas y, por tanto, son más propensas a las enfermedades (6).

En la actualidad, el envejecimiento en la población a nivel mundial se considera en la actualidad como un logro y desafío de la humanidad, siendo un reto para la salud pública. Desde inicios del siglo *XXI* el mundo está envejeciendo rápidamente. Considerando que

el envejecimiento es un proceso natural que debe ir acompañado de seguridad, dignidad y permanencia del disfrute de la vida, la salud, la integridad y la participación social (5).

Por otra parte, el impacto del envejecimiento de la población en el sistema de salud de Ecuador es significativo, en muchas ciudades del país existen vacíos de conocimiento sobre el tema. Por esta razón, se justifica la producción de la información para que permita no sólo entender el proceso de envejecimiento en cada región, sino también analizar sus condiciones y, con ello, prevenir situaciones de salud que puedan alterar el bienestar de la población y promover el envejecimiento activo, considerando el contexto. Además, establecer competencias geriátricas, tanto en enfermería, como en otras áreas de conocimiento, teniendo en cuenta las necesidades de los receptores (7).

Además, la Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como: "la percepción individual de su situación vital, entendida en un contexto cultural, un sistema de valores y en relación con los objetivos, las expectativas y las normas de una sociedad determinada" (8). Desde esta perspectiva, la calidad de vida relacionada con la salud incluye áreas como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia de la persona, las relaciones personales, las creencias en un contexto determinado o el entorno natural, el apoyo social y el apoyo social percibido (9).

Sin embargo, para una aproximación general al estado de salud desde la perspectiva de la calidad de vida, es necesario considerar cuestiones más precisas, por lo que es importante distinguir la salud de la satisfacción vital, que implica la complacencia con la vida del presente y las experiencias pasadas. Este concepto también hace referencia a una dimensión subjetiva del bienestar, a una adecuada capacidad de adaptación, aceptación y reconocimiento del entorno, para tener una mejor percepción de la salud y el bienestar (10).

Por otra parte, en la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por La Asamblea General en 1948 donde se establecieron los derechos elementales y donde se incluyó prohibición frente a la discriminación (11); a partir de esta Declaración los gobiernos buscan el desarrollo de las libertades y la protección de los derechos durante la vejez, en el 2015 se publicó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores desde una perspectiva de derechos humanos, tratando de eliminar todo tipo de discriminación (12). La Constitución de la República del Ecuador en el 2008 (13), en el capítulo tres establece los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas mayores, establece protección contra la violencia o cualquier tipo de explotación laboral o económica, adoptando medidas para fortalecer estos derechos.

El valor teórico de esta investigación estuvo orientado al aporte del conocimiento actual sobre el estado de salud de los adultos mayores de Azogues, Ecuador. Adicionalmente, se determinó la asociación entre el estado de salud del adulto mayor con los factores socioeconómicos. Con este conocimiento las autoridades de los gobiernos les ayudarán a tomar decisiones para mejorar el estado de salud de los individuos, modificando las determinantes y condicionantes de salud de las personas adultos mayores, siendo uno de los objetivos de desarrollo sostenible la salud y bienestar de todas las personas, los beneficiarios directos serán los adultos mayores, considerando que una buena salud es el mejor recurso para el desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, se formuló la pregunta de investigación: ¿Las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de familia, y el estado nutricional están asociados al estado de salud de los adultos mayores residentes en Azogues?

Los estudios realizados en distintas regiones del mundo han demostrado que existen importantes problemas sanitarios y sociales entre las personas mayores, que varían según las comunidades, las políticas y las reformas de salud se centran generalmente a la clase trabajadora o a las poblaciones más vulnerables, como los neonatos y las madres embarazadas o lactantes y los adultos mayores (14).

En un estudio realizado en Arabia Saudita, la salud general de los ancianos era buena (32,9%) o muy buena (32,3%), mientras que el 14,2% calificó su salud como excelente, solo dos participantes calificaron su salud como mala, el 35,7% tenía un deterioro leve en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el 71,9% no tenía ningún deterioro funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), sólo dos participantes presentaban un deterioro total en las AIVD, la limitación más común entre las ABVD fue caminar (21,1%) y entre las AIVD fue realizar las tareas domésticas, los factores más notables asociados con el deterioro funcional fue la edad avanzada (≥ 80 años), problemas de la visión, el deterioro de la memoria, los problemas de control de la vejiga, las caídas dos o más veces, la toma de más de dos medicamentos, la inactividad sexual, la mala salud general autocalificada y el dolor corporal severo autocalificado (15).

De forma similar en México se puede observar en un estudio realizado con 75 adultos mayores de 65 años, que donde el 80% de los adultos mayores encuestados manifestó mala calidad de vida, presentaron porcentajes altos de problemas físicos, emocionales, y sociales, que dan origen a una mala perspectiva de su salud y vida (16).

El estado de salud está relacionado con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en donde intervienen factores como alimentación, actividad física, sexualidad, descanso, trabajo, pudiendo observar en estudios, como el realizado en México que entre las principales patologías que presenta el adulto mayor es la hipertensión con el 40%, diabetes el 24% e hipercolesterolemia el 20%. Según los indicadores de salud mental, el

17.6% presentó síntomas depresivos; el 7.3%, deterioro cognitivo y, 7.9%, demencia, en lo referente al estado funcional, el 26.9% demostró dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6% actividades instrumentales (17). De la misma manera, en otro estudio realizado en México en el 2020 el 88.6 % de los adultos mayores tienen afiliación a un sistema de salud; el 30,2 % refieren tener diabetes mellitus, el 52,4% hipertensión arterial, el 10,3% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 4,1% enfermedad cardiaca y 5,2% evento vascular cerebral; el 15.6 % reportó incontinencia urinaria y 11.3 %, fecal; 12.1 % de las mujeres reportó antecedentes de cáncer de mama y 6.3 %, cáncer cervicouterino. Entre los factores principales se encuentran: el hábito de fumar en el 11.1 %, riesgo de malnutrición en 32.8 %, malnutrición establecida en 4.1 %, dependencia funcional para las actividades básicas en 16.3 % e instrumentales de la vida diaria en 17.6 % (18).

En Chile en una investigación realizada con 754 adultos mayores, el 61,4% fueron mujeres; la edad media de 73 años (DE= 6,0); el 78,9% refirió tener de 2 a 6 años de estudios. Los antecedentes patológicos que más prevalecieron fueron: Hipertensión arterial, Dislipidemia y Diabetes Mellitus, la autopercepción de salud fue calificada como excelente a buena en el 60%, la autoeficacia se percibió como alta en el 68,3%. La Calidad de vida relacionada con la salud CVRS fue percibida satisfactoria por el 55,6%. Los niveles de fragilidad alcanzaron el 73,5%. El 59,3% fue calificada como autovalente sin riesgo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de autoeficacia y temor a caerse, estado nutricional, depresión, calidad de vida relacionada con salud y la autopercepción de salud (19).

A nivel local, en un estudio realizado en Machala – Ecuador se observa que de los 94 adultos mayores encuestados, el 37,2% vive con la pareja, 31,9% viven solos; el 71,28% padecen alguna patología, 62% refiere necesitar energía y tratamiento para realizar sus actividades diarias; el 48,19% sienten que su vida no tiene sentido; 54,3% refiere no

descansar bien; el 6,3% realizan actividades diarias adecuadamente, el 43,6% está satisfecho las actividades laborales que realiza, 44,7% en relación a las relaciones personales está satisfecho, el 41,5% en relación a la vida sexual refiere estar satisfecho, 36,9% tienen acceso a los servicios de salud (20).

Se puede establecer que a medida que la edad avanza y las personas envejecen, los factores sociales e individuales, son determinantes para el estado de salud de esta población. Por lo que, la investigación se centró en determinar el estado de salud de los adultos mayor en Azogues en el periodo Mayo- Octubre 2022, con el fin de generar políticas públicas en beneficio del adulto mayor, siendo los objetivos específicos: Adaptar lingüísticamente y análisis de las propiedades psicométrica del inventario Minimal modified en la población adulta mayor de la ciudad de Azogues: describir el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio, identificar el estado de salud en función a la edad; verificar si existe diferencia la funcionalidad cognitiva según el rango de edad.

Metodología

Enfoque y Paradigma

Se utilizó un enfoque cuantitativo con un paradigma pos-positivista

Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional, orientado en describir un fenómeno en la población de estudio y conocer su distribución. El investigador recolecta datos, pero no interviene, deja que los hechos ocurran. También se llevó a cabo un estudio analítico porque se trató de establecer relaciones entre fenómenos naturales/características/factores (relaciones causales, para poder explicar el estado de salud del adulto mayor. Y es un estudio de corte transversal, es decir se recolectaron los datos en un solo momento en el año 2022 a las personas adultos mayores en su residencia.

Población

La población estuvo constituida por los adultos mayores que residen en la ciudad de Azogues siendo un total de 8.387 adultos, con edades comprendidas de ≥ 60 años, según Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (21).

Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo probabilístico, por conglomerados conformados por 8 parroquias de la ciudad Azogues, de acuerdo con la distribución geográfica de la ciudad. En la primera etapa se eligieron los barrios de la ciudad por medio de muestreo sistemático aleatorio, en la segunda etapa se seleccionaron las manzanas con muestreo aleatorio simple. La encuesta fue aplicada a todas las personas adultos mayores de los barrios seleccionados que cumplieron con los criterios de inclusión. Las características del muestreo permitieron controlar sesgos de selección en los adultos de 60 años y más de edad de Azogues, Ecuador. El tamaño mínimo de la muestra se calculó utilizando el programa informático de datos *Epidat 4.1* de acuerdo con los siguientes parámetros: a) Tamaño de la población= 8.387 adultos mayores (≥ 60 años), b) Proporción esperada= 50%, c) Nivel de confianza= 95%, d) Exactitud absoluta= 5%. Siendo una muestra de 368 adultos mayores.

Los criterios de inclusión fueron los adultos mayores con edades ≥ 60 años, residentes de Azogues de hace varios años, que deseen participar en la investigación, previo a la aceptación del consentimiento informado. Mientras que los criterios de exclusión fueron los adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio, que tuvieron deterioro cognitivo grave.

Variables e Instrumentos

Las variables estudiadas fueron: Dependientes la salud física y el funcionamiento cognitivo (orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje)

y calidad de vida. Y como variables independientes: edad (años cumplidos). Sexo (masculino y femenino), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre), nivel de instrucción (primaria, secundaria, tercer nivel y cuarto nivel), tipo de familia (unipersonal, compuesta, extensa), estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad 1, obesidad 2, obesidad mórbida). El cuadro de operacionalización de las variables se describe en El anexo.

Para la recolección de datos se utilizaron el instrumento *Minimental State Examination (MMSE)* Modificado, esta prueba se evalúa siete áreas del funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje, es utilizado a nivel mundial por su viabilidad y validez, el tiempo necesario para realizar el test es de 10 a 15 minutos y la puntuación máxima es 30 (22). Se incluyeron preguntas para determinar los factores sociodemográficos de interés investigativo que son: edad, sexo, estado civil, instrucción, tipo de familia, estado nutricional.

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, denominada *WHOQOL-BREF*, es una medida de calidad de vida (QOL) de aplicación internacional y se utiliza ampliamente en la investigación médica y psicológica. El modelo de cuatro factores basado en la teoría propuesto por el grupo WHOQOL fue validado, de fácil aplicabilidad y comparabilidad internacional (23), el mismo que consta de 20 ítems, 2 preguntas referente a la calidad de vida en general y la satisfacción según la salud percibida; 20 preguntas enfocadas en cuatro áreas: Salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, con respuestas tipo Likert.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en la muestra de los adultos mayores de la ciudad de Azogues, el cuestionario se aplicó en forma física en los domicilios mediante visitas

domiciliarias, se explicó a los participantes sobre el objetivo de la investigación sus beneficios y riesgos, el participante aceptó voluntariamente participar en la misma, se hizo firmar el consentimiento informado, se le aplicó los cuestionarios, para determinar el estado nutricional se tomó las medidas antropométricas: el peso y talla en la visita domiciliar, en posterior a la aplicación de los instrumentos se procedió a crear una base de datos, en donde se ingresaron los datos obtenidos de los instrumentos, y de las medidas antropométrica, posterior a ellos se realizó la tabulación y el análisis de los datos obtenidos.

Análisis estadístico

Para los análisis del objetivo específico 1 sobre la adaptación lingüísticamente (juicio de expertos y prueba piloto) y análisis de las propiedades psicométrica del inventario *Minimal* modificado en la población adulta mayor de la ciudad de Azogues, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre los datos obtenidos en el test. se realizó con el programa estadístico *R* el análisis de los datos. Se utilizaron tres índices para determinar el ajuste del modelo a los datos: *CFI* (*Comparative Fix Index*), *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*) y *SRMR* (*Standardized Root Mean Square Residual*).

El CFI se utiliza en investigaciones social para determinar factores. Se utiliza para determinar si las medidas de un constructo son coherentes con la comprensión que tiene el investigador de la naturaleza de ese constructo (o factor). Se trata de comprobar si los datos concuerdan en su medición con un modelo hipotético. Este modelo hipotético se basa en la teoría o en investigaciones analíticas previas. Para lo cual se desarrolló primero una hipótesis sobre los factores que cree que subyacen a las medidas utilizadas y puede imponer limitaciones al modelo basadas en estas hipótesis a priori.

Por otra parte, *RMSEA* es una medida de ajuste para modelos estadísticos, donde el objetivo es que la población tenga un ajuste aproximado o cercano al modelo, en lugar de un ajuste exacto, lo que a menudo no es práctico para las grandes poblaciones, la fórmula es la siguiente:

Por último, *SRMR* es una medida absoluta de ajuste y se define como la diferencia normalizada entre la correlación observada y la correlación prevista. Es una medida con sesgo positivo y ese sesgo es mayor para los estudios de *N* pequeño. La fórmula es la siguiente:

Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa estadístico *R*. Se siguieron los estándares actuales para aceptar a los índices: los valores cercanos o superiores a 0,95 se consideraron como adecuados para el *CFI*, los cercanos o inferiores a 0,08 para el índice *SRMR* y los inferiores a 0,07 para *RMSEA*. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las frecuencias y de los porcentajes, para demostrar la distribución se aplicó la prueba *Kolmogorov-Smirnov*. Posteriormente se realizó el análisis correlacional entre las variables con la correlación de *Pearson*, por ser esta prueba adecuadamente vigorosa ante el incumplimiento de supuestos paramétricos. Para el análisis de los datos se usó el programa *R* de software libre.

Posteriormente, para describir el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio (objetivo específico 2), se efectuó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas dependiendo de la prueba de normalidad de *Shapiro Wilk (W)*. Luego, para identificar el estado de salud en función a la edad (objetivo específico 3) se utilizó en primer lugar una prueba de homocedasticidad (*Levene*) la prueba Anova (F) de una vía (en que caso de presentar una distribución

normal) o una prueba de *Kruskal-Wallis (H)* (da manifestar un supuesto no paramétrico). Por último, para verificar si existe diferencia la funcionalidad cognitiva según el rango de edad. (Objetivo específico 4) se utilizó si es paramétrico *Pearson* y si no cumple el supuesto de normalidad se utilizó la prueba *Spearman*. Para los análisis estadísticos antes mencionados se realizaron el programa *Jamovi* y *Stata*.

Resultados

Primeramente, se realizó un adaptar lingüísticamente al contexto ecuatoriano teniendo presente las Directrices para la traducción y adaptación de los tests (segunda edición) de Muñiz et al. (24), posteriormente se efectuó un análisis de las propiedades psicométrica del inventario *Minimental* modificado en la población de estudio, los resultados de fiabilidad de la totalidad del inventario fueron satisfactorios en el alfa de *Cronbach* ($\alpha=.91$) y el omega de *McDonald's* ($\omega=.92$). La media mínima de los ítems fue de $m=.62$ ($DE=.49$) y la máxima de $m=.97$ ($DE=.19$). En La correlación ítem-prueba (coeficiente de correlación de *Pearson*) muestra en la tabla 1, manifiesta que todos los ítems correlaciones de manera positiva y de forma moderada.

Tabla 1. Análisis de las propiedades psicométrica del inventario Mini-mental modificado.

	if item dropped				
	m	DE	item-rest correlation	Cronbach's α	McDonald's ω
1.1	.927	.261	.524	.911	.920
1.2	.889	.315	.588	.909	.919
1.3	.829	.377	.615	.909	.919
1.4	.916	.278	.619	.909	.918
2.1	.946	.227	.552	.911	.919
2.2	.929	.257	.589	.910	.919
2.3	.910	.286	.614	.909	.918
3.1	.897	.305	.597	.909	.919
3.2	.867	.340	.663	.908	.917
3.3	.791	.407	.672	.907	.918
3.4	.723	.448	.601	.910	.920
4.5	.750	.434	.626	.909	.920
4.1	.957	.204	.523	.912	.920
4.2	.965	.185	.566	.911	.919
4.3	.951	.216	.521	.912	.920
5.1	.745	.437	.618	.909	.920
5.2	.745	.437	.634	.909	.919
5.3	.622	.485	.555	.912	.921
6.1	.924	.265	.539	.911	.920
Inventario	0.857	0.211		0.914	0.923

Por otra parte, según el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio, se observa que la mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres con el 68,2% (n=), con nacionalidad ecuatoriana del 51,4% que viven en la ciudad de Azogues en el área rural, que en su mayoría tienen un nivel de instrucción primaria (41.3 %), además según el estado civil, la mayoría es Casado/Unión Libre que representa a un 56.0 %. Con relación a la salud cognitiva, el 85.1 % presentó una salud cognitiva sin deterioro, y según el estado de salud el 68,3% de la población de adulto mayores tiene diabetes como se observa en la tabla 2.

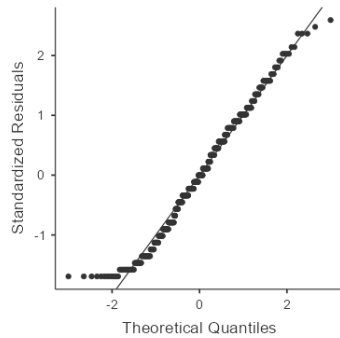
Tabla 2. Variables sociodemográficas y el estado de salud del adulto mayor.

Variab les	n (%)
Residencia	
Urbana	179(48,6)
Rural	189(51,4)
Sexo	
Hombre	117(31,8)
Mujer	251(68,2)
Estado civil	
Soltero	21(5,79)
Casado – Unión Libre	206(56)
Separado – Divorciado	44(12)
Viudo	97(26,4)
Nivel de Escolaridad	
Primaria	152(41,3)
Secundaria	96(26,1)
Técnico o superior	75(20,4)
Posgrado	1(0,3)
Ninguno	44(12,0)
Salud cognitiva	
Sin Deterioro	313(85,1)
Presencia de Deterioro	55(14,9)
Rangos de Edad	
Adultos Jóvenes (60 a 69 años)	107(29,1)
Adultos Ancianos (70 a 79 años)	142(38,6)
Adultos Muy Ancianos (85+)	119(32,3)
Estado de Salud	
Hipertensión arterial sistémica	180(48.9)
Diabetes	251(68.2)

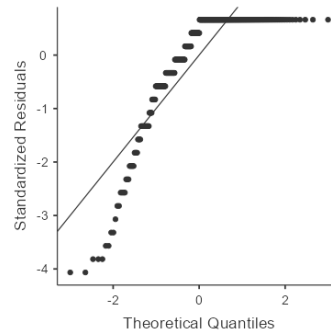
También, se evidenció, que la media de edad fue de 75 años (DE=8,87), que manifiestan una buena salud cognitiva (m=16,34; DE=4,02) y salud física (m=8,14; DE=2,97), véase en la tabla 3. Las tres variables cuantitativas mencionadas anteriormente presentaron no supuestos de normalidad ($p < .05$), la cual indica valores no paramétricos. Además, gráficamente se visualiza que las variables cuantitativas (Edad, Salud Cognitiva y Salud Física) presentan una distribución no paramétrica en a gráfica Q-Q (Figura 1) sigue la línea de $45^\circ y = x$.

Tabla 3. Análisis descriptivo de la edad, Salud Física y Salud Cognitiva.

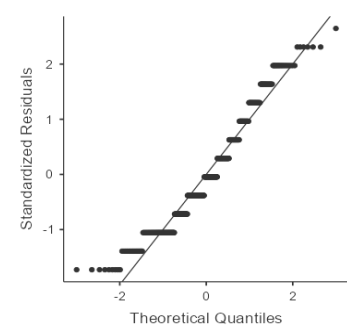
	m	md	DE	Mi n	Max	Kurtosis		Shapiro- Wilk	
						Kurtosis	DE	W	p
Edad	75,01	75.00	8.87	60	98	-0.668	0.254	0.978	<.001
Salud Cognitiva	16,34	18.00	4.02	0	19	3.842	0.254	0.708	<.001
Salud Física	8.14	8.00	2.97	3	16	-0.562	0.254	0.953	<.001



Edad



Salud Cognitiva



Salud Física

Figura 1. Quantile-quantile plot (QQ) de la edad, Salud cognitiva y Física.

Para la correlación entre la edad, salud cognitiva y física se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman*, debido a que fueron datos no paramétricos en la prueba de *Shapiro Wilk (W)*. La edad se correlacionó positivamente y entre débil y moderada con la salud cognitiva ($\rho=.13$) y física ($\rho=.43$), por lo que indica que a mayor edad es el adulto mayor presenta problemas en la salud cognitiva y física. También resultó una relación positiva y débil entre la salud cognitiva y física ($\rho=.43$), la cual indique a cuando los adultos mayores manifiestan problemas en salud física aumenta el deterioro cognitivo.

Tabla 4. Correlación de Spearman la edad con la salud cognitiva y física de los adultos mayores

	1		2	
1. Edad	—			
2. Salud Cognitiva	.129	*	—	
3. Salud Física	.428	***	0.177	***

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En cuanto a la salud Cognitiva no hubo diferencias según el rango de edad de los adultos mayores ($F=1,39$; $p=.25$). En cambio en la salud física los adultos mayores presentaron diferencias estadísticamente significativas en función al rango de edad ($F=42,49$; $p<.05$). Los adultos longevos (85+) manifestaron mayores problemas en la salud física que los adulto mayor (70 a 79 años) y adulto mayor joven (60 a 69 años), esta diferencia se contrarrestó con la prueba de Tukey (Post-Hoc) véase en la tabla 6.

Tabla 5. Diferencias en la salud Cognitiva y Física en función de los rangos de edad en los adultos mayores.

	Rango de edad	n (%)	Mean	DE	F	p
Salud Cognitiva	Adultos Mayor	107	16.85	3.62	1,39	.251
	Jóvenes (60 a 69 años)	(29,1)				
	Adultos Mayor (70 a 79 años)	142 (38,6)	16.06	4.30		
	Adultos Longevo (85+)	119 (32,3)	16.21	4.00		
Salud Física	Adultos Mayor	107	6.38	2.22	42,49	.001
	Joven (60 a 69 años)	(29,1)				
	Adultos Mayor (70 a 79 años)	142 (38,6)	8.23	2.57		
	Adultos Longevo (85+)	119 (32,3)	9.60	3.19		

Según los datos de la tabla 5, se determina que no existen diferencias significativas entre la salud Cognitiva y Física en función de los rangos de edad en los adultos mayores.

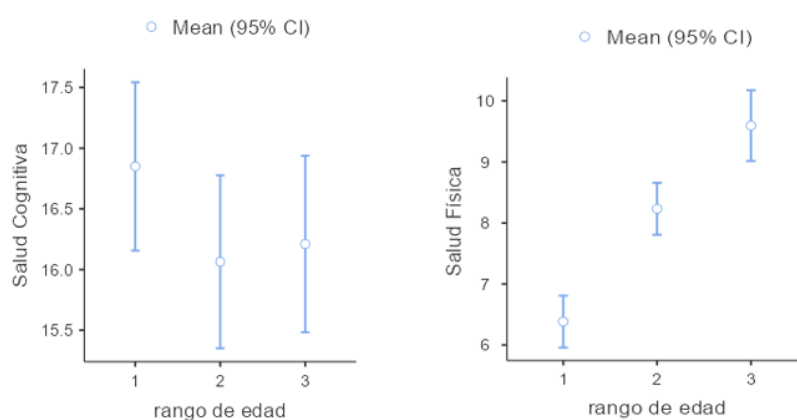


Figura 2. Distribución de datos. Según rango de edad con salud cognitiva y rango de edad con salud Física.

Tabla 6. Prueba Post-Hoc (Tukey) de salud física según el rango de edad de los adultos mayores.

		1	2	3
1. Adulto Mayor Joven	Mean difference	—	-1.85	-3.21
	t-value	—	-5.35	-8.94
	df	—	365	365
	p-value	—	< .001	< .001
2Adulto Mayor	Mean difference		—	-1.36
	t-value		—	-4.07
	df		—	365
	p-value		—	< .001
3Adulto Longevo	Mean difference			—
	t-value			—
	df			—
	p-value			—

Discusión

La investigación se centró en determinar el estado de salud de los adultos mayor en Azogues en el periodo Mayo -octubre de año 2022.

Para Streheler (1996) sostiene que dentro de los criterios para que se produzca un cambio intrínseco dentro de la etapa de envejecimiento dependen en gran medida del estilo de vida, lo cual ha generado una mayor susceptibilidad a padecer patologías propias de la edad que en ocasiones tienden a ser crónicas. Siendo el envejecimiento un proceso complejo de cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales (25).

Por lo que, los adultos mayores se encuentran propensos a contraer enfermedades tanto físicas como psicológicas, de acuerdo con el estilo de vida que ellos día a día sostienen, por tal razón, es fundamental que se deba determinar su estado de salud con el fin de considerar posibles soluciones.

Adaptación del *minimal* en la población adulto mayor

La adaptación del *Minimal* en la población adulto mayor, resultando ser un instrumento útil según el análisis, las propiedades psicométricas del inventario

Minimal modificado, fiabilidad de la totalidad del inventario fueron satisfactorios en el alfa de *Cronbach* ($\alpha = .91$) y el omega de *McDonald's* ($\omega = .92$). La media mínima de los ítems fue de $m = .62$ ($DE = .49$) y la máxima de $m = .97$ ($DE = .19$).

Resultados similares se identificó, según análisis factoriales que la estructura más apropiada es la versión española del *MiniMAC* de cuatro factores, la puntuación en las cuatro escalas mostró una fiabilidad aceptable (26), el *Minimal State Examination* presentaba muy buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad entre el .85 y .99 y especificidad entre .70 y .90, tanto para la puntuación global como para cada uno de los ítems (26–28). Resultando ser un instrumento útil para la valoración geriátrica, pues engloba ítems específicos que evalúa siete áreas del funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje en cuanto al impacto vital, los síntomas, los factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados y el curso de la enfermedad, señalando que su aplicación es fácil de realizar, de corregir y puede adaptarse a distintas poblaciones y muestras.

Por otro lado, Folstein y Col. (1975) en Lima, realizaron un estudio para verificar la validez del *MMSE* con una muestra de dos grupos. El primer grupo estaba conformado por 69 pacientes con algunas condiciones clínicas como demencia, depresión con déficit cognoscitivo y depresión sin complicaciones. Obteniendo como resultado un promedio de puntaje del *MMSE* de 9,7 para demencia, 19 para depresión con deficiencias en cognición, 25,1 para depresión no complicada y 26,6 para el grupo de normales. Concluyendo que la subdivisión se realizó de acuerdo al desarrollo cognoscitivo de cada sujeto, siendo los puntajes apropiados para cada uno de ellos (25).

El segundo grupo estuvo conformado por 137 pacientes que han sido ingresados de forma consecutiva a hospitales psiquiátricos. Evidenciando que el puntaje promedio *MMSE* para deprimidos y dementes no tuvieron diferenciación con el primer grupo, con

excepción para pacientes con demencia con puntajes menores a 20. A la vez, se evidenció que existió un puntaje mayor para individuos con depresión y esquizofrenia (25).

Describir el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio.

Las variables sociodemográficas de la muestra del estudio, se observa que, según el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio, la mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres con el 68,2%, con nacionalidad ecuatoriana del 51,4% que viven en la ciudad de Azogues en el área rural, que en su mayoría tienen un nivel de instrucción primaria (41.3 %), además según el estado civil, la mayoría es Casado/Unión Libre que representa a un 56.0 %. En relación con la salud cognitiva, el 85.1 % presentó una salud cognitiva sin deterioro, y según el estado de salud el 68,3% de la población de adultos mayores tiene diabetes.

De la misma forma, en el presente estudio se constató que la media de edad fue de 75 años ($DE=8,87$), que manifiestan una buena salud cognitiva y física, en las que se presentó no supuestos de normalidad ($p<.05$), la cual indica valores no paramétricos. Así como también las variables de Edad, Salud Cognitiva y Salud Física presentan una distribución no paramétrica.

De acuerdo a un estudio realizado por Paredes et al. (25), en Colombia con el fin de determinar la funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor, se evidenció que las variables sociodemográficas como género ($OR = 2,72$; $IC95\% 1,51-4,93$) y edad ($OR = 1,41$; $IC95\% 1,26-4,40$) se encontraron asociados a un nivel de funcionalidad dependiente, pese a que no existió una relación muy significativa estadística, la edad muestra encontrarse asociada a una dosis respuesta en la que exista una mayor dependencia funcional.

En un estudio realizado por Segura, A. et al. (26) en el año 2018, con el fin de determinar los factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Se pudo constatar que el 52,9 % de los adultos mayores mostraron deterioro cognitivo quienes se encontraban con máxima escolaridad de primaria, seguidos de aquellos que no presentaba ningún nivel de instrucción escolar; lo cual fue relevante. Por lo que, se reporta de forma amplia en la literatura debido a que los individuos que tienen niveles altos de instrucción tienen mayor preferencia por las actividades cognitivamente estimulantes, como la lectura, la escritura, los juegos, etc. En Colombia, un estudio poblacional en cinco regiones encontró que 16 de las 19 preguntas de la escala *Minimental* mostraron diferencias significativas ($p < 0,001$) según el nivel educativo; las puntuaciones del *MMSE* se correlacionaron estrechamente con esta variable. De otro lado, diversos estudios mencionan que la actividad mental ayuda a la adquisición de las reservas neural y cognitiva, lo que previene los estragos de la muerte neuronal ya sea por envejecimiento normal o por deterioro cognitivo leve. (26)

Por lo tanto, las variables sociodemográficas como el nivel de educación, estado civil, entre otros inciden significativamente en el estado de salud emocional de los adultos mayores, quienes pueden mostrar cuadros clínicos preocupantes.

Dentro de este marco, quienes son más propensas a presentar depresión, deterioro cognitivo, dependencia y un mayor riesgo de caídas, son en su mayoría las mujeres con un perfil sin instrucción y viudas (26). Pudiendo llegar a la longevidad con un buen estado de salud, independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), estado nutricional y un bienestar psicológico general, funcionamiento social y afrontamiento (28), o con una percepción de la calidad de vida desde deficiente, aceptable o alta (29).

No obstante, los adultos mayores institucionalizados alcanzan una mala calidad de vida. Existiendo diferencias entre los residentes del área rural, y urbana (30). Por otra

parte, la depresión en adultos mayores puede presentarse con una prevalencia alta, con una relación entre las variables edad, escolaridad, estado civil, nivel de somatización, ocupación y las actividades sociales con la aparición de depresión en personas mayores (31).

Identificar el estado de salud en función a la edad.

En cuanto a la salud Cognitiva no hubo diferencias según el rango de edad de los adultos mayores ($F=1,39$; $p=.25$). En cambio en la salud física los adultos mayores presentaron diferencias estadísticamente significativas en función al rango de edad ($F=42,49$; $p<.05$). Los adultos longevos (85+) manifestaron mayores problemas en la salud física que los adultos mayores (70 a 84 años) y adultos mayores jóvenes (60 a 69 años), esta diferencia se contrarrestó con la prueba de *Tukey (Post-Hoc)*.

Estos datos coinciden con un estudio, en donde señala que el estado de salud disminuye con la edad (32). También se ve afectada la función física, el rol físico, la salud general y el rol emocional (33). Aunque la salud, el bienestar social y la calidad de vida en una investigación fueron aceptables en este grupo, existe relación entre la integración social y las dimensiones de Salud General, Energía, Función Social y Salud Mental, con la Función Física, siendo la salud percibida parcialmente más baja en edades avanzadas (34).

Diferencia la salud Cognitiva y Física en función de los rangos de edad en los adultos mayores.

Verificar si existe diferencia la funcionalidad cognitiva según el rango de edad, en el estudio no se encontró una diferencia significativa entre estas dos variables, por el contrario, se puede observar en un estudio, en donde los resultados mostraron diferencias significativas en fluidez verbal en función del estatus cognitivo de las personas y del rango de edad (35). Lo que indica, que la capacidad funcional y el grado de dependencia

del adulto mayor están determinados por la edad, las características sociodemográficas y la evaluación nutricional (36)

En otro estudio cuantitativo realizado por Romero (37) en Lima-Perú, que tuvo como objeto determinar la disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al Centro de Salud “*Tayta Wasi*”, cuya muestra fue de 150 adultos mayores aplicando la herramienta *MMSE*. Obteniendo como resultado que predomina la difusión cognitiva leve con un 45,3%. En cuanto a la edad se pudo constatar que en el rango de edad de 60 a 71 años existieron más casos de difusión leve en un 30,7% y un 13,3% con moderada, no existiendo ningún caso de individuos con difusión grave. Mientras que en los participantes de 72- 90 años se mantiene un nivel moderado con un 20%, un 14% con un nivel leve y un 2% demostraron tener difusión grave. Por lo que, se pudo evidenciar que según avanza la edad, incrementan los niveles de disfunción, así como también llegan a agudizarse las ya existentes.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en el estudio se concluye que:

El Test *minimal* en la población adulto mayor, resultó ser un instrumento útil según el análisis del índice de alfa de *Cronbach*, con una fiabilidad satisfactorios para ser aplicada en la población ecuatoriana. pues engloba ítems específicos que evalúa siete áreas del funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje en cuanto al impacto vital, los síntomas, los factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados y el curso de la enfermedad, señalando que su aplicación es fácil de realizar, de corregir y puede adaptarse a distintas poblaciones y muestras.

Según el estado de salud y las variables sociodemográficas se pudo observar que la mayoría de los participantes fueron mujeres, de nacionalidad ecuatoriana, residentes en la ciudad de Azogues en el área rural, que en su mayoría tienen un nivel de instrucción primaria, la mayoría era Casado/Unión libre. En relación a la salud cognitiva, la mayoría de la población presentó una salud cognitiva sin deterioro, y presentó tiene diabetes.

En cuanto a la salud Cognitiva no hubo diferencias según el rango de edad de los adultos mayores. En cambio en la salud física los adultos mayores presentaron diferencias estadísticamente significativas en función al rango de edad. Los adultos ancianos manifestaron mayores problemas en la salud física que los adultos ancianos y adultos jóvenes. Por último, se concluye que si existe diferencia la funcionalidad cognitiva según el rango de edad.

REFERENCIAS

1. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos [Online]. 2018 [cited 2022]. [CEPAL]. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
2. Kowal P, Edward Dowd J. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2015.
3. Naciones Unidas. La resiliencia de las personas mayores en un mundo cambiante [Online]. 2019. <https://www.un.org/es/observances/older-persons-day>
4. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factores asociados con la discapacidad ADL/IADL en adultos mayores que viven en la comunidad en el estudio longitudinal irlandés sobre el envejecimiento. 2017. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1161848>
5. OMS. Envejecimiento y salud. [Online]. 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
6. Gupta A, Kumar A, Das A. Health and Socioeconomic Status of the Elderly People Living in Hilly Areas of Pakhribas, Kosi Zone, Nepal. [Online]. 2016 [cited 2022]. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-0218.193333>
7. MIES. Población Adulta Mayor. [Online]. 2017. <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
8. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Online]. 2015 [cited 2022]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
9. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. [Online]. 2012 [cited 2022]. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
10. Rondón L, Ramírez J. El impacto de la calidad de vida en la salud de las personas mayores desde una perspectiva multidimensional. 2018. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/4086294>
11. Naciones Unidas. Declaración universal de derechos humanos: Historia de la Declaración. [Online]. 2020. <https://www.un.org/es/about-us/udhr/history-of-the-declaration>
12. Organización de Estados Americanos. La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: Un Aporte de las Américas al Mundo. [Online]. 2015. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
13. Asamblea Nacional. Constitución de la república del Ecuador 2008. Registro Oficial 449 de 20-oct-2008. 2008. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
14. Sekaran N, Choi H, Hayward R, Langa K. Dificultad asociada a caídas con las actividades de la vida diaria en individuos funcionalmente independientes de 65 a 69 años en los Estados Unidos: un estudio de cohorte. [Online]. 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12071>
15. Mohammed A. Estado de salud y capacidades funcionales de los ancianos hombres que visitan centros de atención primaria de salud. [Online]. 2020 [cited 2022]. DOI: 10.2147/CIA.S274318 .

16. Peña E, Bernal L, Reyna L. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. [Online]. 2019 [cited 2022]. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.192102.144>
17. Manrique B, Salinas A, Moreno K et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. [Online]. 2013 [cited 2022]. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032
18. Guzmán, E. Estado de salud y valoración gerontológica en adultos mayores mexicanos ante la pandemia por COVID-19. [Online]. 2021 [cited 2022]. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.20000459>
19. Tapia, C. Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. [Online]. 2017 [cited 2022]; 23(3): 35-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300035>
20. García I, Pico E, Paccha C. Calidad de vida del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. [Online]. 2021 [cited 2022]. DOI: 10.23857/pc.v6i7.2915.
21. INEC. Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor. [Online]. 2021 [cited 2022]. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/search/adultos+mayores+/"](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/search/adultos+mayores+/)
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/search/adultos+mayores+/"](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/search/adultos+mayores+/)
22. Ramírez A. Factores predictivos del maltrato en adultos mayores de Cuenca. [Online]. 2021 [cited 2022] [Universidad Católica de Cuenca]. <https://documentacion.ucacue.edu.ec/files/original/9f7191350ccf5183ff7ddcc120fab8c2.pdf>
23. Asociación Americana de Psicología. Validación de la estructura factorial del WHOQOL-BREF mediante metanálisis de análisis factorial de exploración y análisis de redes sociales.. 2022. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>.
24. Muñoz J, Elosua P, Hambleto R. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psicothema. 2013. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.
25. Paredes Y, Yarse E, Aguirre D. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. 2018. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
26. Segura A, Cardona D, Cardona A. Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. 2018. [https://www.redalyc.org/journal/741/74156437008/html/"](https://www.redalyc.org/journal/741/74156437008/html/)
<https://www.redalyc.org/journal/741/74156437008/html/>.
27. Robles Y. Adaptación del Minimental State Examination. 2003. Universidad Nacional de San Marcos-Lima.
28. Quintero M, Cerquero C. Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2018;14(1).
29. Tangalos E, Smith G, Petersen R. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. 2015. <https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/the-mini-mental-state-examination-in-general-medical-practice-cli/fingerprints/>.
30. Calderón C, Lorenzo U, Ferrando P. Resumen de Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Mini-Mental de Ajuste al Cáncer. 2019.

<https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-pdf-S1697260020300430>

31. Flores B, Castillo Y, Ponce D, Miranda C. Percepción de los adultos mayores acerca de la calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. 2018. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>.
32. Peña E, Bernal L, Reyna L, Perez R. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. 2019. <https://doi.org/10.22267/rus.192102.144>.
33. De los Santos P Carmona S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. 2018. <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
34. Rondón L, Aguirre B, García F. El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. 2018. <http://dx.doi.org/1016/j.regg.2018.01.005>
35. León A, Guzmán C, Arriaga R. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. [Online].; 2018 [cited 2022]. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67713>.
36. Rodríguez M. El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. Dialnet. [Online].; 2021 [cited 2022]. DOI 10.15517/pa.v19i33.36563 .
37. Navarro E, López A, San Juan M. La fluidez verbal en personas mayores y su relación con variables psicosociales y de funcionamiento cognitivo. [Online].; 2018 [cited 2022]. DOI: 10.1016/j.rlfa.2018.06.006.
38. Días A. Evaluación de la funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. [Online]. 2018 [cited 2022]. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3100/622>
39. Romero I. Disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud tayta wasi 2019". [Online].; 2019 [cited 2022] [UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3174>

<C:\Users\usuario\Downloads\xx>

Anexos

ANEXO 1: PROTOCOLO



Recolección de datos.

Anexo 12. Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigación Observacionales y de intervención en seres humanos. (Excepto Ensayos Clínicos)

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)

INSTRUCCIONES: El siguiente formulario deberá ser llenado completamente, en idioma español empleando letra tipo Times de 10 puntos, a espacio sencillo, en hojas tamaño A4, manteniendo un margen de 2,5 cm por lado. Si en alguna de las tablas del formulario requiere más filas, puede crear; sin embargo, debe tener en consideración los límites de texto que puede ingresar en algunas secciones del formulario. No debe excederse de 20 páginas. La argumentación debe apoyarse en referencias bibliográficas y datos estadísticos actualizados, mismos que deberán ser citados en el texto utilizando el número de referencia.

DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Estado de salud de adulto mayor en Azogues, Mayo-October 2022

Debe definir y reflejar de manera claro y precisa los conceptos más importantes: lugar, población y periodo en que se realizará la investigación, además, deberá procurar mostrar la respuesta a la problematización planteada, reflejar lo novedoso o innovador de la investigación, delimitando el marco teórico y deberá estar alineado al objetivo general y a las conclusiones de la misma.

TIPO DE INVESTIGACIÓN			
Marque con una X la opción que corresponda			
Estudios Observacionales		Estudios de intervención	
1. Estudios transversales	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Estudios cuasi experimentales	<input type="checkbox"/>
2. Estudios ecológicos	<input type="checkbox"/>	2. Ensayo de campo	<input type="checkbox"/>
3. Reportes de caso	<input type="checkbox"/>	3. Ensayos controlados aleatoriamente sin uso de medicamentos y/o dispositivos médicos	<input type="checkbox"/>
4. Series de caso	<input type="checkbox"/>		
5. Estudios de caso y controles	<input type="checkbox"/>		
6. Estudios de cohortes	<input type="checkbox"/>		
Otros			
7. Especifique			<input type="checkbox"/>

COBERTURA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (Selecciones solo un tipo de cobertura)		
Nacional <input type="checkbox"/>		
Zonas de Planificación <input type="checkbox"/>	Zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.) <input type="checkbox"/> Zona 2 (Napo, Orellana y Pichincha) <input type="checkbox"/> Zona 3 (Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua) <input type="checkbox"/> Zona 4 (Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas) <input type="checkbox"/> Zona 5 (Los Ríos, Guayas, Santa Elena, Bolívar) <input type="checkbox"/> Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) <input checked="" type="checkbox"/> Zona 7 (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe) <input type="checkbox"/> Zona 8 (Guayaquil, Durán y Samborondón) <input type="checkbox"/> Zona 9 (Distrito Metropolitano de Quito) <input type="checkbox"/>	
Provincial <input type="checkbox"/>	Especifique las provincias en las que se ejecutará su investigación	<input type="checkbox"/>
Local <input type="checkbox"/>	Especifique la provincia y cantones donde se ejecutará su investigación	<input type="checkbox"/>

DETALLE DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN ESTRUCTURADO
<p>A medida que las personas envejecen, corren el riesgo de padecer enfermedades y afecciones incapacitantes, utilizan más servicios de atención médica e incurren en gastos médicos. En esta etapa se dan cambios físicos, psicológicos y sociales que son determinantes del estado de salud del adulto mayor.</p> <p>Objetivo: Determinar el estado de salud de los adultos mayor en Azogues en el periodo Mayo y octubre de año 2022, con el fin de generar políticas públicas en beneficio del adulto mayor.</p> <p>Metodología: Se realizará un estudio observacional, analítico de corte transversal, La población estará constituida por los adultos mayores que residen en la ciudad de Azogues siendo un total de 368 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizará el instrumento Mini Mental <i>State Examination (MMSE)</i> Modificado, y se incluirán preguntas para determinar los factores sociodemográficos de interés investigativo que son: edad, sexo, estado civil, instrucción, tipo de familia, estado nutricional. Resultados esperados: con el estudio se pretender conocer el estado de salud actual de los adultos mayores de la ciudad de Azogues, con este conocimiento las autoridades de los gobiernos les ayudarán a tomar decisiones para mejorar el estado de salud de los individuos, modificando las determinantes y condicionantes de salud</p> <p>Palabras clave: salud, adulto mayor, calidad de vida.</p>

JUSTIFICACIÓN

En cuanto a la conveniencia del estudio el envejecimiento en la población a nivel mundial se considera en la actualidad como uno logro y desafío de la humanidad, siendo un reto para la salud pública. Desde inicios del siglo XXI el mundo está envejeciendo rápidamente. Considerando que el envejecimiento es un proceso natural que debe ir acompañado de seguridad, dignidad y permanencia del disfrute de la vida, la salud, la integridad y la participación social. A nivel mundial aproximadamente 810 millones de personas tienen 60 y más años. Cada segundo, dos personas en el mundo cumplen 60 años. Para el 2050 según proyecciones el 22 % de la población mundial tendrá 60 años y más, el aumento de esta poblacional dará lugar en su mayoría en los países de ingresos bajos y medianos (7).

El impacto del envejecimiento de la población en el sistema de salud de Ecuador es significativo, y en muchas partes del país existen vacíos de conocimiento sobre el tema. Esta razón justifica la producción de información que permita no sólo entender el proceso de envejecimiento en cada región, sino también analizar sus condiciones y, con ello, prevenir situaciones de salud que puedan alterar el bienestar de la población y promover el envejecimiento activo, considerando el contexto. Además, establecer competencias geriátricas, tanto en enfermería, como en otras áreas de conocimiento, teniendo en cuenta las necesidades de los receptores (8).

La Organización Mundial de la Salud define como calidad de vida "la percepción individual de su situación vital, entendida en un contexto cultural, un sistema de valores y en relación con los objetivos, las expectativas y las normas de una sociedad determinada". Desde esta perspectiva, la calidad de vida relacionada con la salud incluye áreas como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia de la persona, las relaciones personales, las creencias en un contexto determinado o el entorno natural, el apoyo social y el apoyo social percibido (9). Sin embargo, para una aproximación general al estado de salud desde la perspectiva de la calidad de vida, es necesario considerar cuestiones más precisas, por lo que es importante distinguir la salud de la satisfacción vital, que implica la complacencia con la vida del presente y las experiencias pasadas. Este concepto también hace referencia a una dimensión subjetiva del bienestar, a una adecuada capacidad de adaptación, aceptación y reconocimiento del entorno, para tener una mejor percepción de la salud y el bienestar (10).

En la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por La Asamblea General en 1948 donde se establecieron los derechos elementales y donde se incluyó prohibición frente a la discriminación; a partir de esta Declaración los gobiernos buscan el desarrollo de las libertades y la protección de los derechos durante la vejez, en el 2015 se publicó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores desde una perspectiva de derechos humanos, tratando de eliminar todo tipo de

discriminación. La Constitución de la República del Ecuador en el 2008, en el capítulo tres establece los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas mayores, establece protección contra la violencia o cualquier tipo de explotación laboral o económica, adoptando medidas para fortalecer estos derechos (11).

El valor teórico de la investigación está orientado al aporte del conocimiento actual sobre el estado de salud de los adultos mayores de Azogues, Ecuador. Adicionalmente, se determinarán la asociación entre el estado de salud del adulto mayor con los factores socioeconómicos. Con este conocimiento las autoridades de los gobiernos les ayudarán a tomar decisiones para mejorar el estado de salud de los individuos, modificando las determinantes y condicionantes de salud de las personas adultos mayores, siendo uno de los objetivos de desarrollo sostenible la salud y bienestar de todas las personas, los beneficiarios directos serán los adultos mayores, considerando que una buena salud es el mejor recurso para el desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

La mayoría de los países del mundo desarrollado han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de adulto mayor. Aunque esta definición es algo arbitraria, muchas veces se asocia a la edad a la que se puede empezar a recibir prestaciones de jubilación. Aunque existen definiciones de vejez de uso común, no hay un acuerdo general sobre la edad a la que una persona se hace vieja. El uso común de una edad para marcar el umbral de la vejez supone una equivalencia con la edad biológica, pero al mismo tiempo, se acepta generalmente que estas dos no son necesariamente sinónimas. La ONU no ha adoptado un criterio estándar, pero suele utilizar la edad de 60 años o más para referirse a la población mayor (12).

El estado de salud está relacionado con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en donde intervienen factores como alimentación, actividad física, sexualidad, descanso, trabajo, pudiendo observar en estudios, como el realizado en México que entre las principales patologías que presenta el adulto mayor es la hipertensión con el 40%, diabetes el 24% e hipercolesterolemia el 20%. Según los indicadores de salud mental, el 17.6% presentó síntomas depresivos; el 7.3%, deterioro cognitivo y, 7.9%, demencia, en lo referente al estado funcional, el 26.9% demostró dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6% actividades instrumentales (13). De la misma manera, en otro estudio realizado en México en el 2020 el 88.6 % de los adultos mayores tienen afiliación a un sistema de salud; el 30,2 % refieren tener diabetes mellitus, el 52,4% hipertensión arterial, el 10,3% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 4,1% enfermedad cardiaca y 5,2% evento vascular cerebral; el 15.6 % reportó incontinencia urinaria y 11.3 %, fecal; 12.1 % de las mujeres reportó antecedentes de cáncer de mama y 6.3 %, cáncer cervicouterino. Entre los factores el hábito de fumar en el 11.1 %, riesgo

de malnutrición en 32.8 %, malnutrición establecida en 4.1 %, dependencia funcional para las actividades básicas en 16.3 % e instrumentales de la vida diaria en 17.6 % (14).

Por otra parte, en Chile en una investigación realizada con 754 adultos mayores, el 61,4% fueron mujeres; la edad media de 73 años (DE= 6,0); el 78,9% refirió de dos a seis años de estudios. “Los antecedentes mórbidos prevalentes fueron: Hipertensión arterial, Dislipidemia y Diabetes Mellitus. El 86,3% no presentó depresión. La autopercepción de salud calificada como "excelente a buena" el 60%. La autoeficacia fue percibida alta en un 68,3%. La calidad de vida relacionada con salud global fue percibida con satisfacción por el 55,6%. Los niveles de fragilidad alcanzaron el 73,5%. El 59,3% de los adultos mayores fueron clasificados como autovalente sin riesgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de autoeficacia y temor a caerse, estado nutricional, depresión, calidad de vida relacionada con salud y la autopercepción de salud” (15).

Cambios fisiológicos en la vejez

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas orgánicos. El gasto cardíaco disminuye, la presión arterial aumenta y se desarrolla la arteriosclerosis. Los pulmones presentan una alteración del intercambio gaseoso, una disminución de la capacidad vital y un flujo espiratorio más lento. El aclaramiento de creatinina disminuye con la edad, aunque el nivel de creatinina sérica permanece relativamente constante debido a una disminución proporcional de la producción de creatinina relacionada con la edad. En el sistema gastrointestinal se producen cambios funcionales, en gran parte relacionados con la alteración de los patrones de motilidad, con la senectud, y en los ancianos son frecuentes la gastritis atrófica y la alteración del metabolismo hepático de los fármacos. La elevación progresiva de la glucosa en sangre se produce con la edad sobre una base multifactorial y la osteoporosis se observa con frecuencia debido a una disminución lineal de la masa ósea después de la cuarta década. La epidermis de la piel se atrofia con la edad y, debido a los cambios en el colágeno y la elastina, la piel pierde su tono y elasticidad. La masa corporal magra disminuye con la edad y esto se debe principalmente a la pérdida y atrofia de las células musculares. Se producen cambios degenerativos en muchas articulaciones y esto, combinado con la pérdida de masa muscular, inhibe la locomoción de los pacientes ancianos. Estos cambios con la edad tienen importantes implicaciones prácticas para el tratamiento clínico de los pacientes de edad avanzada: el metabolismo se altera, los cambios en la respuesta a los fármacos de uso común hacen que sean necesarias diferentes dosis de medicamentos y se necesitan programas preventivos racionales de dieta y ejercicio en un esfuerzo por retrasar o invertir algunos de estos cambios(16–20).

Percepción de estado de salud en el adulto mayor

Los adultos mayores en su mayoría perciben el envejecimiento de forma negativa, describiéndolo en términos de salud y funcionamiento pobres o en declive. Estas percepciones pueden estar relacionadas con la salud de los adultos mayores. Las percepciones se relacionan con la salud y el funcionamiento en siete ámbitos de la salud: memoria y rendimiento cognitivo, rendimiento físico y fisiológico, condiciones y resultados médicos, discapacidad, búsqueda de atención, salud autocalificada, calidad de vida y muerte. La forma en que los adultos mayores perciben el envejecimiento está relacionada con su salud y funcionamiento en múltiples ámbitos (21).

Las personas adulto mayores describen que la autopercepción de la salud se deteriora en la edad muy avanzada, las personas de 80 años o más tienden a subestimar el deterioro. Demostramos que la creciente diferencia entre el estado de salud percibido y el objetivo puede explicarse por mecanismos de comparación. Los datos cualitativos apuntan al uso de diversas formas de comparación que permiten a las personas mayores mantener una percepción relativamente favorable de su propia salud y, por tanto, de sí mismos hasta una edad muy avanzada (22).

El envejecimiento activo y saludable (EAS) es un proceso multifactorial que se ha convertido en una prioridad de las políticas sanitarias locales, nacionales e internacionales para reducir la creciente incidencia de la dependencia. La salud auto percibida (SPH) se incluye en uno de los seis grupos de determinantes del modelo de AHA propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS (23).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Determinar el estado de salud física y cognitiva de los adultos mayor en Azogues en el periodo Mayo y octubre de año 2022, con el fin de generar políticas públicas en beneficio del adulto mayor.

Específicos

OE1: propiedades psicométricas del inventario *Mini-mental*.

OE2: Estado de salud y las variables socio demográficas.

OE3: Diferencias del estado de salud en función a la edad.

OE4: Diferencia de la funcionalidad cognitiva según rango de edad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de familia, y el estado nutricional están asociados al estado de salud física y cognitiva de los adultos mayores residentes en Azogues?

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Se realizará un estudio observacional, orientado en describir un fenómeno en la población de estudio y conocer su distribución. El investigador recolecta datos, pero no interviene, deja que los hechos ocurran. También se llevará a cabo un estudio analítico porque pretenden establecer relaciones entre fenómenos naturales/características/factores (relaciones causales, para poder explicar el estado de salud del adulto mayor. Y será un estudio de corte transversal, es decir se recolectarán los datos en un solo momento en el año 2022 a las personas adulto mayores en su residencia.

Población

La población estará constituida por los adultos mayores que residen en la ciudad de Azogues siendo un total de 8.387 adultos, con edades comprendidas de ≥ 60 años, según Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Muestra

Para la selección de la muestra, se utilizará un muestreo probabilístico, por conglomerados conformados por 8 parroquias de la ciudad Azogues, de acuerdo con la distribución geográfica de la ciudad. En la primera etapa se elegirán los barrios de la ciudad por medio de muestreo sistemático aleatorio, en la segunda etapa se seleccionarán las manzanas con muestreo aleatorio simple. La encuesta será aplicada a todas las personas adulto mayores de los barrios seleccionados que cumplieran con los criterios de inclusión. Las características del muestreo permitirán controlar sesgos de selección en los adultos de 60 años y más de edad de Azogues, Ecuador. El tamaño mínimo de la muestra se calculó utilizando el programa informático de datos *Epidat 4.1* de acuerdo con los siguientes parámetros: a) Tamaño de la población= 8.387 adultos mayores (≥ 60 años), b) Proporción esperada= 50%, c) Nivel de confianza= 95%, d) Exactitud absoluta= 5%. Siendo una muestra de 368 adultos mayores.

Los criterios de inclusión serán los adultos mayores con edades ≥ 60 años de edad, residentes de Azogues de hace varios años, que deseen participar en la investigación, previo a la aceptación del consentimiento informado. Mientras que los criterios de exclusión serán los adultos mayores que no acepten participar en el estudio, que tengan deterioro cognitivo grave.

Variables e Instrumentos

Las variables serán las siguientes: como variables dependientes será la salud física y el funcionamiento cognitivo (orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje) y calidad de vida. Y como variables independientes serán las siguientes: edad (años cumplidos). Sexo (masculino y femenino), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre), nivel de instrucción (primaria, secundaria, tercer nivel y cuarto nivel), tipo de familia (unipersonal, compuesta, extensa), estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad 1, obesidad 2, obesidad mórbida). El cuadro de operacionalización de las variables se describe en el anexo C.

Para la recolección de datos se utilizará el instrumento *Mini Mental State Examination (MMSE)* Modificado, este test evalúa siete áreas del funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje, es utilizado a nivel mundial por su viabilidad y validez, el tiempo necesario para realizar el test es de 10 a 15 minutos y la puntuación máxima es 30 . Se incluirán preguntas para determinar los factores sociodemográficos de interés investigativo que son: edad, sexo, estado civil, instrucción, tipo de familia, estado nutricional.

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, denominada WHOQOL-BREF, es una medida de calidad de vida (QOL) de aplicación internacional y se utiliza ampliamente en la investigación médica y psicológica. El modelo de cuatro factores basado en la teoría propuesto por el grupo WHOQOL fue validado, de fácil aplicabilidad y comparabilidad internacional , el mismo que consta de 26 ítems, 2 preguntas referente a la calidad de vida en general y la satisfacción según la salud percibida; 24 preguntas enfocadas en cuatro áreas: Salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, con respuestas tipo Likert.

Procedimiento

La recolección de datos se realizará en la muestra de los adultos mayores de la ciudad de Azogues, el cuestionario se aplicará en forma física en los domicilios mediante visitas domiciliarias, se explicará a los participantes sobre el objetivo de la investigación sus beneficios y riesgos, el participante aceptará voluntariamente participar en la misma, se hará firmar el consentimiento informado, se le aplicará los cuestionarios, para determinar el estado nutricional se tomará las medidas antropométricas: el peso y talla en la visita domiciliar, en posterior a la aplicación de los instrumentos se procederá a crear una base de datos, en donde se ingresarán los datos obtenidos de los instrumentos, y de las medidas antropométrica, posterior a ellos se realizará la tabulación y el análisis de los datos obtenidos.

Análisis estadístico

Para los análisis del objetivo específico 1 sobre la adaptación lingüísticamente (juicio de expertos y prueba piloto) y análisis de las propiedades psicométrica del inventario *Mini-mental* modificado en la población adulta mayor de la ciudad de Azogues, se realizará un análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre los datos obtenidos en el test. se realizará con el programa estadístico R el análisis de los datos. Se utilizarán tres índices para determinar el ajuste del modelo a los datos: *CFI* (*Comparative Fix Index*), *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*) y *SRMR* (*Standardized Root Mean Square Residual*).

El CFI se utiliza en investigaciones social para determinar factores. Se utiliza para determinar si las medidas de un constructo son coherentes con la comprensión que tiene el investigador de la naturaleza de ese constructo (o factor). Se trata de comprobar si los datos concuerdan en su medición con un modelo hipotético. Este modelo hipotético se basa en la teoría o en investigaciones analíticas previas. Para lo cual se va a desarrolla primero una hipótesis sobre los factores que cree que subyacen a las medidas utilizadas y puede imponer limitaciones al modelo basadas en estas hipótesis a priori.

RMSEA es una medida de ajuste para modelos estadísticos, donde el objetivo es que la población tenga un ajuste aproximado o cercano al modelo, en lugar de un ajuste exacto, lo que a menudo no es práctico para las grandes poblaciones, la fórmula es la siguiente:

$$\sqrt{\frac{\max\left[\frac{\chi^2 - df_t}{N - 1}, 0\right]}{df_t / k}}$$

Por último, SRMR es una medida absoluta de ajuste y se define como la diferencia normalizada entre la correlación observada y la correlación prevista. Es una medida con sesgo positivo y ese sesgo es mayor para los estudios de N pequeño. La fórmula es la siguiente:

$$SRMR = \sqrt{\frac{n_1 \cdot SRMR_1^2 + n_2 \cdot SRMR_2^2}{n_1 + n_2}}$$

Los análisis estadísticos se efectuarán con el programa estadístico R. Se seguirán los estándares actuales para

aceptar a los índices: los valores cercanos o superiores a 0,95 se consideraron como adecuados para el CFI, los cercanos o inferiores a 0,08 para el índice SRMR y los inferiores a 0,07 para RMSEA. Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las frecuencias y de los porcentajes, para demostrar la distribución se aplicará la prueba *Kolmogorov-Smirnov*. Posteriormente se realizará el análisis correlacional entre las variables con la correlación de Pearson, por ser esta prueba adecuadamente vigorosa ante el incumplimiento de supuestos paramétricos. Para el análisis de los datos se usará el programa R de software libre.

Posteriormente, descripción estado de salud física y cognitiva particionado por las variables sociodemográficas de la muestra del estudio (objetivo específico 2), se efectuará un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas de la variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas dependiendo de la prueba de normalidad de *Shapiro Wilk* (W). Luego, para la verificación si existe diferencia la salud física y cognitiva según el rango de edad (objetivo específico 3) se utilizará en primer lugar una prueba de homocedasticidad (Levene) la prueba Anova (F) de una vía (en que caso de presentar una distribución normal) o una prueba de Kruskal-Wallis (H) (da manifestar un supuesto no paramétrico). Por último, para análisis si las variables sociodemográficas se asocian peso, talla e índice de masa corporal. (objetivo específico 3) se utilizará si es paramétrico Pearson y si no cumple el supuesto de normalidad se utilizará la prueba Spearman. Para los análisis estadísticos antes mencionados se realizarán mediante el programa *Jamovi* y *Stata*.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES		
Nombre	Rol	Funciones
Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín	Investigador Principal	Revisión de los artículos, conceptualización, metodología, administración del proyecto, gestión de recursos, análisis de los datos , obtención de los resultados a través de los test , sustentación de los resultados obtenidos .
Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel	Tutor	Supervisión y Validación

Fuentes	Discriminación detallada Recurso	Unidad que se Requiere	Valor de cada Unidad (USD)	Costo total (USD)
Autofinanciado	Computadora	1	650	650
Autofinanciado	Celular	1	450	450
Autofinanciado	Impresora	1	250	250
Autofinanciado	Hojas A4	2	20	40
Autofinanciado	Impresiones	200	0,10	20
Autofinanciado	Internet (horas)	40	0,05	2
Autofinanciado	Esferográficos	10	0,40	4
Autofinanciado	Transporte	1	1,00	50
Autofinanciado	Varios	1	2	4
Total			USD	1,470

CONSIDERACIONES ÉTICA Y DE GÉNERO

Para avalar el cumplimiento de las normativas éticas, se tendrán en consideración las recomendaciones de las Declaraciones de Helsinki, en el que se recoge claramente que debe respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad o confidencialidad, sus garantías antes que los de la ciencia, con prevención necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.

Los participantes firmarán un consentimiento informado que representa la aceptación, donde se recogen los aspectos bioéticos que certifican el amparo de las personas. Este consentimiento informado permite la autorización que emiten las personas para que únicamente los autores de esta investigación puedan acceder a dicha información, sobre la que se guardará total confidencialidad y seguridad a través de una clave que solo portan los investigadores. Se omitirán nombres, apellidos y número de identidad.

Las muestras obtenidas luego del estudio serán presentadas de acuerdo con las normas de éticas de la APA y serán sometidas a la aprobación por parte del Comité Ético en Investigación en Seres Humanos (CEISH UCACUE).

Este proyecto sobre el Estado de salud de adulto mayor en Azogues, (Mayo-Octubre 2022) ha buscado aplicar todos los lineamientos y normativas de los aspectos éticos de una investigación en Seres Humanos, todos los investigadores de este proyecto discutieron la importancia de respetar la dignidad de los participantes (adultos mayores), su autonomía, la justicia, beneficencia y no maleficencia, el anonimato y la estricta confidencialidad de los datos que se obtengan. Cuidamos mucho de que el diseño metodológico no

solo sea o cumpla con el método científico sino a la vez que sea éticamente aceptable. En lo que respecta al género, es un concepto general y de todo los que forman el proyecto antes mencionado, el respeto irrestricto a la Equidad de Género y todo tipo de orientaciones de género que existe o que puedan existir. El proyecto ha tenido estricto cuidado en cuidar que no existe ningún tipo de discriminación con respecto a las orientaciones múltiples de género reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

ASENTIMIENTO INFORMADO

El asentimiento informado se aplicará a toda persona que participe de la investigación, donde se explicará las razones por las que se realizará el estudio, cuál será su participación y si acepta o no participar. También se explicará los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que decida formar parte del estudio y está en todo su derecho de consultar cualquier inquietud que tenga de tomar su decisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el estudio se pretende conocer la asociación entre las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de familia, y el estado de salud de los adultos mayores residentes en Azogues

DECLARACIÓN FINAL

El equipo de investigadores, representado por el patrocinador y el investigador principal del proyecto, de forma libre y voluntaria declara que:

5. El contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal y que se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
6. El proyecto descrito en este documento es una obra original, cuyos autores forman parte del equipo de investigadores y que por lo tanto se asume la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto; Así como se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
7. El presente proyecto no causa perjuicio alguno a los sujetos participantes en la investigación y al ambiente y no transgrede normativa legal o norma ética alguna, y que en el caso de que la investigación requiera de permisos de otras instituciones ajenas al Ministerio de Salud Pública, previo a su ejecución, el Patrocinador/Investigador Principal remitirán una copia certificada de los mismos al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
8. Velarán por el cumplimiento de la presente investigación en los términos que se aprobó tanto por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos como por el Ministerio de Salud Pública
9. Se enviará un informe final de la investigación con los resultados obtenidos al Ministerio de Salud Pública

Lugar: Azogues, Cañar.

Fecha:

Nombres y Apellidos Investigador principal

**Firma Investigador principal
(obligatoria)**

**Cédula de ciudadanía o pasaporte del Investigador principal
(Obligatoria)**

**Nombres y Apellidos del patrocinador
(obligatoria)**

Firma Patrocinador principal

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA HUNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)

Nombre del Proyecto: Estado de salud de adulto mayor en Azogues, Mayo-Octubre 2022

PROYECTO	6 meses (2022)											
	Seman a 1,2	Seman a 3,4	Seman a 5,6	Seman a 7,8	Seman a 9,10	Seman a 10,11	Seman a 12,13	Seman a 14,15	Seman a 16,17	Seman a 18,19	Seman a 20,21	Seman a 22,23
<p>Objetivo Específico 1 Adaptar lingüísticamente y análisis de las propiedades psicométrica del inventario Mini-mental modificado en la población adulta mayor de la ciudad de Azogues.</p>												
Actividad 1. Recolección de la información												
Actividad 1.2 Elaboración de instrumentos												
Actividad 1.3 Recolección y tabulación de datos												
Actividad 1.4 Análisis e interpretación de datos												
<p>Objetivo Específico 2 Describir el estado de salud y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio.</p>												

Actividad 2 Recolección de la información												
Actividad 2.2 Elaboración de instrumentos												
Actividad 2.3 Recolección y tabulación de datos												
Actividad 2.4 Análisis e interpretación de datos												
Objetivo Específico 3 Identificar el estado de salud en función del sexo, residencia, estado civil y el nivel socioeconómico.												
Actividad 3. Recolección de la información												
Actividad 3.2 Elaboración de instrumentos												
Actividad 3.3 Recolección y tabulación de datos												
Actividad 3.4 Análisis e interpretación de datos												
Objetivo Específico 4 Verificar si existe diferencia la funcionalidad cognitiva según el rango de edad.												
Actividad 4. Recolección de la información												
Actividad 4.2												

ANEXO B: LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PUBLICA/PRIVADA	DIRECCIÓN POSTAL	PERSONA DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL CONTACTO	TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO
No aplica					

ANEXO C: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	# ÍTEM	
Sociodemográficos	Edad	Edad en años cumplidos desde su nacimiento	N/A	Años cumplidos 60 – 69 años 70 – 79 años 80 o más	Razón	Cuantitativa/Discreta	1
	Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres	N/A	Hombre Mujer	Nominal	Cualitativa / Dicotómica	2
	Estado civil	Condición civil legal de un persona según el registro civil	N/A	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre	Nominal	Cualitativa / Politómica	3
	Nivel de instrucción	grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	N/A	No tiene Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel	Nominal	Cualitativa / Politómica	5
	Tipo de familia	Conjunto de personas que conviven en un mismo domicilio	N/A	Unipersonal Compuesta Extensa	Nominal	Cualitativa / Politómica	6

Funcionamiento cognitivo	“procesos mentales que permite recibir, procesar y elaborar la información”	N/A	orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje	Razón	Cuantitativa/Discreta	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> Modificado
Calidad de vida	"la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones"	N/A	Físico Psicológico Relaciones sociales Medio ambiente Independiente	Nominal	Cualitativa / Politómica	WHOQOL-BREF

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CEISH-UCACUE

1. **Título de la investigación:** Estado de salud del adulto mayor. Azogues



2. **Datos de los investigadores**

Función/rol	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín	1150462925	Universidad Católica de Cuenca
Tutor	Andrés Alexis Ramírez Coronel	0302185053	Universidad Católica de Cuenca

3. **Instituciones participantes**

Nombre Institución	Tipo Pública/ Privada	Dirección Postal	Persona de Contacto	Correo electrónico Persona Contacto	Teléfono Persona Contacto
Azogues	NA	NA	NA	NA	NA

4. **Propósito ¿De qué se trata este documento?**

Usted está invitado(a) a participar en esta investigación que se realizará en la ciudad de Azogues. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, usted tiene derecho a realizar todas las preguntas que crea conveniente, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio.

También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento y la libertad para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve este documento a su casa y léalo con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

5. **Introducción**

Usted ha sido invitado(a) a ser parte de una investigación sobre estado de salud del adulto mayor en Azogues

Usted fue seleccionado(a) porque cumple con los requisitos de participación, La selección de participantes está en función de los principios de justicia, autonomía y beneficencia.

6. **Descripción de los procedimientos**

Si acepta participar de esta investigación, usted tendrá que responder a un cuestionario anónimo, que le tomará entre 20 a 30 minutos.

Las preguntas están divididas en 3 secciones: en la primera parte, se interrogará sobre elementos relativos a usted y su entorno. En la segunda sección se preguntará sobre su familia y en el tercer apartado sobre depresión.

El mismo procedimiento se seguirá con las 368 personas que participarán de este estudio.

7. Riesgos y beneficios

El estudio no representa riesgos físicos, psicológicos, sociales/económicos, pérdida de confidencialidad o legales.

El estudio con los datos obtenidos tendrá como beneficio un nuevo enfoque hacia los adultos mayores para la creación de políticas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos.

8. Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de los datos, se asegurará la privacidad de la información, incluyendo las autorizaciones para verla, compartirla y utilizarla. La información con alto nivel de confidencialidad se considerará secreta y se mantendrá confidencial para evitar el robo de identidad, el compromiso de cuentas y sistemas, el daño legal o de reputación y otras consecuencias graves.

9. Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

1. Recibir la información del estudio de forma clara;
2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
7. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
8. Que se respete su intimidad (privacidad);
9. Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
10. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
11. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
12. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

10. Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono que pertenece a (Investigador principal) o envíe un correo electrónico

También puede contactarse con el Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH-UCACUE), ubicado en el campus Miracielo (Ricaurte-Cuenca), Teléfono: (07)2830751. Correo electrónico: ceish@ucacue.edu.ec

11. Declaratoria de consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con

tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

CI:

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

CI:

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

CI:

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

CI:

12. Revocatoria del consentimiento informado

A pesar de haber aceptado inicialmente que de mis datos personales o la información brindada por mi sean utilizados en investigaciones REVOCO, lo antes mencionado, y solicito que mis datos, así como toda la información obtenida, sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponde.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

CI:

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

CI:

Nombres completos del testigo (*si aplica*)
Fecha

Firma del testigo

CI:

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

CI:

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CARRERA DE ENFERMERÍA CAMPUS AZOGUES

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre “Estado de salud del adulto mayor”. Al leer cada una de las preguntas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable. No hace falta su identificación personal en el instrumento, únicamente tiene fines académicos y será de absoluta confidencialidad.

Instrucciones:

Antes de responder al cuestionario le sugerimos que lea atentamente estas instrucciones:

1. Recordar que el cuestionario es anónimo
2. Selecciona únicamente una respuesta

Edad	60 – 69 años 70 – 79 años 80 o más
Sexo	Hombre Mujer
Estado civil	Soltero Casado Divorciado, Viudo Unión libre
Nivel de instrucción	No tiene Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel

Mini Mental State Examination (MMSE) Modificado.

5. Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. 1= Si 0= No
a. ¿En qué mes estamos?
b. ¿En qué día estamos?
c. ¿En qué año estamos?
d. ¿Qué día de la semana es hoy?
17. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No
a. Árbol
b. Mesa
c. Avión
2. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). 1= Si 0= No
a. 9
b. 7
c. 5
d. 3
e. 1
5. Dar un papel al adulto mayor y pedirle:
1= Si 0= No
a. Tomarlo
b. Doblarlo
c. Ponerlo sobre sus piernas
5. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 17 1= Si 0= No
a. Árbol
b. Mesa
c. Avión
5. Pedir al adulto mayor que copie o imite los siguientes gestos: 1= Si 0= No
El encuestador pone las manos sobre la cabeza y le pide al adulto mayor que repita la acción
Total

**Cuestionario de Frail
Enfermedades**

¿Algún médico le ha comentado que tiene?	Si	No
noHipertensión arterial sistémica		
Diabetes		
Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel)		
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)		
Cardiopatía isquémica		
Insuficiencia cardiaca congestiva		
Angina		
Asma		
Artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoides).		
Enfermedad vascular cerebral (derrame)		
Enfermedad renal crónica		
Covid-19		
Resistencia. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para subir escaleras?	Si	No
Deambulación. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar		
¿Se ha caído en el último año?		
¿Ha dejado de hacer sus actividades diarias en la casa por temor a caerse?		
¿Ha dejado de salir a la calle a hacer sus diligencias o actividades por temor a caerse?		
¿Cuándo está de pie o caminando, siente que pierde el equilibrio?		
Fatiga. En las últimas 4 semanas ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado? Marque con una X		
Todo el tiempo		
La mayor parte del tiempo		
Algo de tiempo		
Muy poco de tiempo		
Nada de tiempo		

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE		DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	# ÍTEM
S o c i o l o g í a	Edad	Edad en años cumplidos desde su nacimiento	N/A	Años cumplidos 60 – 69 años 70 – 79 años 80 o más	Razón	Cuantitativa/Discreta	1
	Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres	N/A	Hombre Mujer	Nominal	Cualitativa / Dicotómica	2
	Estado civil	Condición civil legal de una persona según el registro civil	N/A	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre	Nominal	Cualitativa / Politómica	3
	Nivel de instrucción	grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	N/A	No tiene Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel	Nominal	Cualitativa / Politómica	5
	Tipo de familia	Conjunto de personas que conviven en un mismo domicilio	N/A	Unipersonal Compuesta Extensa	Nominal	Cualitativa / Politómica	6
Funcionamiento cognitivo	“procesos mentales que permite recibir, procesar y elaborar la información”	N/A	orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje	Razón	Cuantitativa/Discreta	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> Modificado	
Calidad de vida	"la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus	N/A	Físico Psicológico Relaciones sociales Medio ambiente Independiente	Nominal	Cualitativa / Politómica	WHOQOL-BREF	

	objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones"					
--	---	--	--	--	--	--

Anexo. 24 Formato de Aprobación definitiva, evaluación de estudio observacional con muestras biológicas y/o participación de población vulnerable y/o estudios de intervención en seres humanos.



**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE).
EVALUACION DE ESTUDIO OBSERVACIONAL CON MUESTRAS BIOLÓGICAS
Y/O PARTICIPACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE Y/O ESTUDIOS DE
INTERVENCIÓN EN SERES HUMANOS.**

FECHA: 18/10/2022

APROBACIÓN DEFINITIVA

El CEISH-UCACUE, NOTIFICA:

Que, hemos conocido, revisado y evaluado el proyecto de investigación titulado: **Estado de Salud del Adulto Mayor en Azogues, Mayo – Octubre 2022**, en el que consta como investigadora principal **Adriana de los Ángeles Vilavicencio Sanmartín**, con C.C 1150462925, estableciendo que cumple con los criterios para ser aprobado sin modificaciones a realizar. Se debe notificar el inicio, seguimiento y finalización de su investigación al CEISH-UCACUE. El periodo de aprobación del estudio es de un año. En el caso de enmiendas, estas deberán ser notificadas al CEISH-UCACUE para la aprobación, previo su ejecución

Atentamente;



CLAUDIO BRAVO PESANTEZ

Claudio Bravo Pesantez
Miembro del CEISH – UCACUE



BOLIVAR DELGADO GAETE

Bolívar Delgado Gaete
Miembro del CEISH – UCACUE



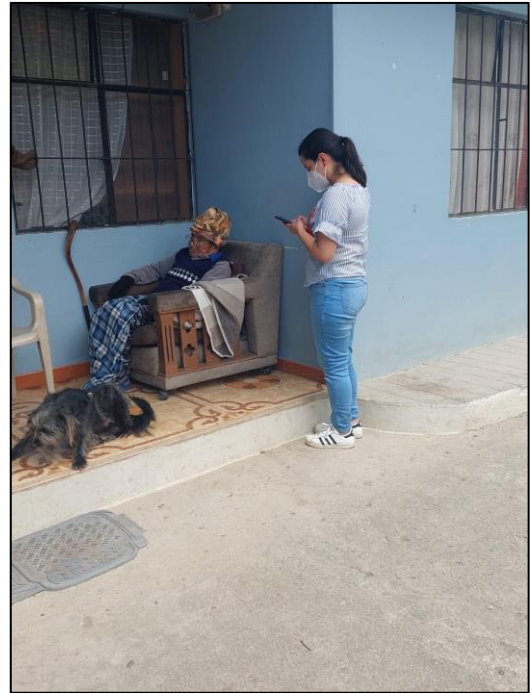
ANEXO 5: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Imagen 1: Información sobre la encuesta a realizar.



Fuente: Tomada por los investigadores

Imagen 2: Observación de la dinámica.



Fuente: Tomada por los investigadores

Imagen 3: Realización de preguntas de acuerdo al Minimental.



Fuente: Tomada por los investigadores

Imagen 4: Recolección de datos.



Fuente: Tomada por los investigadores



Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín portador(a) de la cédula de ciudadanía N°.1150462925. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Estado de salud del adulto mayor en Azogues, mayo-octubre 2022**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **19 de octubre de 2022**



Adriana Villavicencio
Sanmartín

F:

Adriana de los Ángeles Villavicencio Sanmartín

C.I. 1150462925