



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TITULO DEL TEMA:**

**DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE  
DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD VALDIVIA,  
SANTA ELENA. 2022**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO  
DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**LUNA MARTINEZ MELISSA NICOLE**

**TUTOR:**

**DR. JEFFRY JOHN PAVAJEAU HERNÁNDEZ**

**PERÍODO ACADÉMICO**

**2022**

# TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:  
**MILTON MARCOS  
GONZALEZ SANTOS**

---

Lcdo. Milton González Santos, Mgt.

**DECANO DE LA FACULTAD  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Firmado electrónicamente por:  
**NANCY MARGARITA  
DOMINGUEZ  
RODRIGUEZ**

---

Lcda. Nancy Margarita Domínguez  
Rodríguez, MSc.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



Firmado electrónicamente por:  
**ELENA PEREZ PONS**

---

Lcda. Elena Pérez Pons, MSc.

**DOCENTE DE ÁREA**



Firmado electrónicamente por:  
**JEFFRY JOHN  
PAVAJEAU  
HERNANDEZ**

---

Jeffry John Pavajeau Hernández, MD, Mgt.

**TUTOR**



Firmado electrónicamente por:  
**VICTOR MANUEL  
CORONEL ORTIZ**

---

Abg. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.

**SECRETARIO GENERAL**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de tutor del trabajo de investigación titulado, DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD VALDIVIA, SANTA ELENA. 2022. Elaborado por la estudiante MELISSA NICOLE LUNA MARTINEZ, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD, perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:  
**JEFFRY JOHN  
PAVAJEAU  
HERNANDEZ**

---

Jeffry John Pavajeau Hernández. MD, MSc.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación en primer lugar va dedicado a Dios que ha sido un pilar fundamental en mi vida, el cual me ha incentivado de manera espiritual a alcanzar todos mis objetivos personales, me ha dado la fortaleza para poder continuar en todos los procesos que se han presentado durante la elaboración de este proyecto.

Así mismo a mis padres; Sra. Gina Martínez y Sr. Dorian Luna. Quienes a lo largo de mi vida me han brindado la educación adecuada, me han formado con buenos valores y me han impulsado a formarme como profesional.

*Melissa Nicole Luna Martínez*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi total agradecimiento a Dios por la sabiduría que me brindo al realizar este proyecto de investigación, a él sea la gloria y la honra de toda su grandeza en mi vida.

También agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, quien me otorgo la oportunidad de recibir educación de tercer nivel, misma institución que consta con docentes de categoría que brindan conocimientos de excelencia a sus estudiantes al formarlos como profesionales.

Agradezco también al personal del centro de salud Valdivia, donde realice mi rotación de salud pública quienes desde primera instancia me recibieron con calidez y aportaron muchos conocimientos a mi formación académica y profesional, además me brindaron la facilidad de realizar mi trabajo de investigación.

De la misma forma agradezco a mi tutor de tesis, Dr. Jeffry Pavajeau quien me motivo y me direcciono durante todo el tiempo de realización del proyecto.

*Melissa Nicole Luna Martínez*

## **DECLARACION**

El contenido del trabajo de investigación es de mi total responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Firmado electrónicamente por:

**MELISSA  
NICOLE LUNA  
MARTINEZ**

Luna Martínez Melissa Nicole

CI: 2400263048

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
DECLARACION.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	X
RESUMEN .....	XI
ABSTRACT .....	XII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. EL Problema .....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema .....	5
2.2.3. Objetivos .....	5
2.1. Objetivo general .....	5
2.2. Objetivo específico.....	5
3.2.3. Justificación.....	5
CAPÍTULO II.....	7
4. Marco teórico.....	7
4.1. Marco referencial .....	7
4.2. Justificación teórica.....	9
4.2.1 Vejez .....	9
4.1.2. Envejecimiento .....	9
4.1.3. Características del envejecimiento.....	10
4.3. Teorías biológicas del envejecimiento .....	10
4.2.1. Teorías estocásticas.....	11
4.2.2. Teorías no estocásticas.....	12
4.2.3. Teorías sociológicas del envejecimiento.....	12
4.2.4. Teoría de la actividad.....	13

4.2.5.	Teoría de la continuidad .....	13
4.2.6.	Cambios en la salud y en el funcionamiento .....	13
4.2.6.2.	Deterioro .....	14
4.2.6.2.	Discapacidad .....	14
4.2.7.	Dependencia.....	15
4.2.7.1.	Dependencia funcional.....	15
4.2.7.2.	Nivel de dependencia .....	15
4.2.7.	Teoría de déficit de autocuidado.....	18
4.	La teoría de autocuidado .....	18
4.2.9.	La teoría del cuidado dependiente .....	19
4.2.10.	La teoría del déficit de autocuidado.....	19
4.2.11.	La teoría de sistemas enfermeros.....	19
4.2.12.	Marco conceptual.....	20
44.	Marco legal.....	20
5.	Formulación de Hipótesis.....	22
5.1.	Identificación de variables .....	22
5.2.	Operacionalización de las variables .....	25
CAPÍTULO III .....		29
6.	Diseño metodológico.....	29
6.1.	Tipo de investigación .....	29
6.2.	Métodos de investigación.....	29
6.3.	Población y muestra.....	30
6.3.1.	Población.....	30
6.3.2.	Muestra .....	30
6.3.3.	Criterios de inclusión .....	30
6.4.	Tipo de muestra.....	31
6.5.	Métodos y técnicas de recolección de datos.....	31
6.	Aspectos éticos .....	31
CAPITULO IV .....		32
7.	Presentación de resultados.....	32
7.1.	Análisis y presentación de resultados.....	32
7.2.	Comprobación de hipótesis .....	35
7.3.	Conclusiones .....	36
7.4.	Recomendaciones.....	36
8.	Bibliografía.....	38



9.	ANEXOS .....	42
9.1.	Anexo 1: Índice Barthel.....	42
9.2.	Anexo 2: TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) .....	44
9.3.	Anexo 3: Norma de evaluación del Instrumento .....	46
9.4.	Consentimiento informado .....	47
9.5.	Anexo 4: Autorización.....	48
9.6.	Anexo 5: Evidencia fotográfica .....	48
9.7.	Anexo 7: Certificado de antiplagio .....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de las variables N°1 .....	25
<b>Tabla 2.</b> Operacionalización de las variables N°2 .....	26
<b>Tabla 3.</b> Operacionalización de las variables N° 3 .....	27
<b>Tabla 4.</b> Operacionalización de las variables N° 4.....	28
<b>Tabla 5.</b> Pruebas de chi-cuadrado .....	35

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Teorías estocásticas.....	11
<b>Gráfico 2.</b> Teorías no estocásticas.....	12
<b>Gráfico 3.</b> Índice de Barthel (IB) versión original en español .....	17
<b>Gráfico 4.</b> Identificación de variables.....	22
<b>Gráfico 5.</b> Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor – Percepción de autocuidado.....	32
<b>Gráfico 6.</b> Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor - Nivel de dependencia.....	33
<b>Gráfico 7.</b> Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor - Percepción de autocuidado .....	34

## RESUMEN

El presente estudio busca identificar la relación que existe entre el déficit de cuidado y la influencia del nivel de dependencia en los adultos mayores en el centro de salud Valdivia del cantón Santa Elena provincia Santa Elena en el año 2022, el primer capítulo busca identificar el problema principal por el cual se produce el déficit de autocuidado en adultos mayores, formulando el problema y definiendo los objetivos a evaluar. El capítulo 2 muestra las conceptualizaciones básicas que complementarán el presente estudio, respaldadas por el marco legal, definiendo hipótesis y variables que ayudarán en la operacionalización del instrumento de recolección de datos. El capítulo 3 muestra la metodología de estudio aplicada basándose en una investigación transversal descriptiva no experimental con un enfoque deductivo, para la población de adultos mayores cuya muestra es de 46 miembros, el instrumento de medición se basa en el test o cuestionario de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor "TEST DE CYPAC- AM", los resultados presentes en el capítulo 4 demuestra que los autocuidados para los adultos mayores son inadecuado en este sector, pero el nivel de dependencia es leve. Concluyendo mediante cifras estadísticas la relación que existe en el déficit de autocuidado y el nivel de dependencia, los parámetros analizados son directamente proporcionales en los adultos mayores en el centro de salud Valdivia.

**Palabras claves:** Anciano, Autocuidado, estado funcional.

## **ABSTRACT**

The present study seeks to identify the relationship between the self-care deficit and the influence of the level of dependency in older adults in the Valdivia health center in the canton of Santa Elena, Santa Elena province, in the year 2022. The first chapter seeks to identify the main problem that causes the self-care deficit in older adults, formulating the problem and defining the objectives to be evaluated. Chapter 2 shows the basic conceptualizations that will complement the present study, supported by the legal framework, defining hypotheses and variables that will help in the operationalization of the data collection instrument. Chapter 3 shows the study methodology applied based on a non-experimental descriptive cross-sectional research with a deductive approach, for the population of older adults whose sample is 46 members, the measurement instrument is based on the test or questionnaire of capacity and perception of self-care of the older adult "CYPAC-AM TEST", the results in Chapter 4 shows that self-care for older adults is inadequate in this sector, but the level of dependence is mild. Concluding by means of statistical figures the relationship that exists in the self-care deficit and the level of dependency, the parameters analyzed are directly proportional in the older adults in the Valdivia health center.

**Key words:** Aged, self care, functional Status.

## INTRODUCCIÓN

El adulto mayor es parte fundamental de un eje para las acciones orientadas en el fortalecimiento del envejecimiento cuyo grupo está en constante crecimiento. Las diversas afecciones tanto físicas como patológicas sean crónicas o no dan un efecto negativo en su capacidad funcional y motora motivo principal por lo que se requiere acciones de control con el objetivo de disminuir la dependencia que constituye a un mayor deterioro (CEPAL, 2019).

Según cifras de la organización mundial de la salud en el año 2000 existía el aproximado de 600 millones de adultos mayores, cuya cifra momento y se estima que se duplicará en el año 2025. Por lo cual las cifras indican que a nivel mundial las expectativas de vida están en un momento y son inversamente proporcional a la tasa de mortalidad. Este suceso adquiere mucha relevancia debido a que los efectos sean más notorios en los niveles de atención, recayendo en la atención primaria que se encuentra entrelazada directamente con los aspectos económicos sociales políticos y culturales de nuestro país (Morales, 2008).

En Ecuador según The Global Psoriasis Atlas están afectadas por psoriasis 40.97 mil personas (Federación Internacional de Asociaciones; Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas; Consejo Internaciona de Psoriasis, 2021), demostrando que existe un importante número de pacientes con este tipo de afección, en el país no existen instituciones que promuevan el adecuado manejo de la enfermedad, por lo que aún hay mucho desconocimiento por parte de la población en cuanto a este padecimiento (De La Cruz, 2022).

En el capítulo 1 busca identificar cuáles son los problemas a solucionar en la dependencia del adulto mayor en cuidados en el hospital Valdivia en el año 2022. El capítulo número 2 están presente las definiciones y conceptualizaciones básicas necesarias para comprender a fondo el presente estudio. El capítulo 3, está presente la metodología aplicada, basada el tipo no experimental con enfoque cuantitativo cuya herramienta de medición es mediante el test de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor y cuestionario índice de Barthel modificado de Granger. Dichos instrumentos buscar en identificar la relación de dependencia del adulto mayor y la relación entre los cuidados aplicados a ellos.

# CAPÍTULO I

## 1. EL Problema

### *1.1. Planteamiento del problema*

El déficit de autocuidado, es una de las subteorías de autocuidado de Dorothea Orem, en las cual explica el concepto de auto cuidado, Rego y Rocha (2019) afirman que "El autocuidado es una de las actividades aprendidas por el individuo, enfocada hacia un objetivo" (pág. 3). Las teoría implicada en el déficit del autocuidado habla acerca de las funciones a cumplir la enfermera al suplir o ayudar a desarrollar acciones a aquellas personas que no lo pueden hacer por si solas en un momento determinado de su vida.

Por ende, se determina que el Cuidado dependiente: se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

Todo esto nos señala que los individuos toman cierto grado de dependencia al no poder realizar sus actividades, este nivel dependencia, se manifiesta en las personas por distintas causas una de ellas sería el proceso de envejecimiento en el cual las personas van perdiendo sus capacidades físicas los cuales los limitan, no obstante, pierden dinamismo en las rutinas de la vida diaria al volverse dependiente esto conlleva a desencadenante que van perjudicando los estilos de vida.

En el mismo sentido La Real Academia Española (2022) nos indica que la definición de dependencia es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma (RAE, Real Academia Española, 2022), de tal manera podemos inferir que las personas a medida que van envejeciendo van perdiendo habilidades propias del autocuidado por aquello van necesitando que otras personas los asistan. Cave recalcar que personas que no son asistidas al realizar un esfuerzo mayor al que deben realizar van acelerando su proceso de envejecimiento.

Por consiguiente, La Organización Mundial de la Salud OMS (2015), a través de un informe mundial que habla sobre el envejecimiento y la salud, el cual hace énfasis en la capacidad intrínseca, es decir que en hombres y mujeres de edad adulta con el paso de tiempo disminuye la fuerza de presión muscular de tal manera los va incapacitando a partir de los 50 años, este estudio se realizó en Europa y países desarrollados teniendo resultados similares en todas las poblaciones.

Así mismo se realizó el estudio en países como la India y México en el cual se obtienen resultados negativos, en los que mujeres y hombres presentan menor fuerza no tan solo en edades avanzadas si no en todas las edades, del mismo modo según la OMS (2015) Afirma que:

El envejecimiento también se asocia con cambios importantes en los huesos y las articulaciones. Con la edad, la densidad ósea tiende a disminuir, especialmente en las mujeres posmenopáusicas (pág. 57)

En efecto de lo antes mencionado se estima que las fracturas de cadera son un tipo particularmente desbastador de fractura osteoporótica y esta es un resultado del envejecimiento, en este sentido se proyecta que la incidencia mundial anual por incapacidad en la tercera edad es de 4,5 millones. Es evidente con los datos antes expuestos se manifiesta que con el pasar de los años va habiendo un desgaste tanto en hombre como mujeres por lo cual estos pueden sufrir accidentes que aceleran el deterioro del mismo cuando no hay una debida asistencia o recuperación, la misma que debe de ser asistida ya que en ella ya está afectando el autocuidado del ser humano.

Por otro lado, en Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2013) nos habla acerca de la esperanza de vida a la que llegan las personas en relación con la perdida de movilidad física, la cual arroja un resultado de 78 años para las mujeres y 72 años para los hombres, de otra manera nos indica que 89.3% viven acompañado y reciben asistencia de algún familiar y el 10,7% viven solos o reciben asistencia por personal contratado (pág. 9)

Es útil destacar que las ultimas evaluaciones gerontológicas se realizaron antes de pandemia y por ende no hay datos actuales de la condición física de los adultos mayores, ocasionando un claro desconocimiento de la condición actual de esta población objeto de estudio y perenniza la incapacidad de poder evidenciar que existe un déficit de autocuidado que no les permite realizar sus actividades.

Como destaca Naranjo (2017) “La salud queda comprometida por la ausencia de autocuidado, no sólo en la etapa de la ancianidad sino en las etapas previas”; en otras palabras, lo que la teorista establece que para llevar a cabo acciones de autocuidado las personas necesitan tener capacidad para realizarlas las cuales se ven limitadas al existir una dependencia por lo cual necesitan que alguien los asista para poder realizarlas, por ende, es de total importancia que se conozca el nivel de dependencia que tiene cada adulto mayor, de esta forma poder suplir adecuadamente las necesidades físicas de cada uno (pág. 5).



Es así que nos trasladamos a la provincia de Santa Elena en el cantón de Santa Elena específicamente en la comuna Valdivia donde se encuentra ubicado el centro de salud del mismo nombre, el cual posee un grupo social denominado trabajando para una mejor calidad de vida, el grupo antes mencionado consta de 46 personas en edad geriátrica, los mismos que por diversos condicionantes no poseen una adecuada gestión de sus salud, debido a la falta de asistencia sanitaria en cuanto a valoraciones subsecuentes y atención de sus comorbilidades; este hecho pone en un serio riesgo la integridad tanto física como psicosocial de este grupo humano, convirtiéndose en un punto de ignición para la ocurrencia de cuadros incapacitantes que en la gran mayoría de los casos incurre en dependencia al cuidador primario.

Por otra parte, podemos inferir en que la longevidad patológica es directamente proporcional al deterioro en la calidad de vida y además bajo los principios generales, la calidad de vida está supeditada a problemas familiares, socioculturales y por los problemas de salud sobre todo los que afectan la esfera física con pérdida funcional; esta condición conlleva a que al no poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, los ancianos o adultos mayores comiencen a comprometer su salud, una de las actividades que se ve comprometida en gran manera son las más básicas como las de la higiene corporal y bucal; al hablar de la higiene bucal cabe resaltar que una de las problemáticas principales en verse comprometidas es el deterioro de la dentadura ya que este incapacita al adulto mayor a la hora de ingerir sus alimentos.

En el mismo sentido al hablar de la higiene no hay que dejar pasar por alto que la turgencia de la piel presenta ciertas modificaciones que la hacen más sensible y por ende también se ve comprometida la temperatura corporal, inclusive esto puede ser un limitante para realizar ciertas actividades, ya que la piel senil necesita cuidados que al envejecer se van descartando deja de ser algo primordial para los adultos mayores. Retomando lo antes mencionado, otras de las actividades de la vida diaria que también se ven inmersa a la de la higiene son los del cuidado de la vejiga y los intestinos, vestirse, comer, la movilidad física, ya que todas estas actividades se ven afectadas al tener limitantes o un déficit al no realizar las acciones de autocuidado y además no tener quien nos ayude a suplirlas (Marimon & Garrote , 2003).

## *1.2. Formulación del problema*

¿Cuál es el déficit de autocuidado y su influencia en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia del cantón Santa Elena en el año 2022?

### **2.2.3. Objetivos**

#### *2.1. Objetivo general:*

- Evaluar el déficit de autocuidado y su influencia en el nivel de dependencia en adultos mayores. Centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022.

#### *2.2. Objetivo específico*

- Identificar el nivel de autocuidado en relación a los condicionantes básicos que afectan las actividades de la vida diaria.
- Determinar el nivel de dependencia en los adultos mayores.
- Describir la relación entre el déficit de autocuidado y nivel de dependencia en los adultos mayores.

### **3.2.3. Justificación**

La presente investigación busca evaluar el déficit de autocuidado y nivel de dependencia que existe en los adultos mayores en el mismo sentido se pretende determinar el nivel de dependencia, esta investigación constituye un aporte importante para la disciplina de la enfermería, la cual está clasificada en el área específica de la gerontología y la geriatría también conocida en nuestra maya curricular como enfermería del adulto y el adulto mayor.

Por otro lado, uno de los aspectos positivos que me impulsa a realizar esta investigación, es porque se ve inmersa a las estrategias de prevención sanitaria y es dirigida a un grupo en específico que es el de la tercera edad debido a que este tiene mayores necesidades que muchas veces no son tomadas en cuenta. De la misma forma, en la Constitución de la República del Ecuador están ubicados como un grupo prioritario de atención y sobre ellos la OMS y la OPS está estudiando diversos mecanismos para mejorar su calidad de vida.

Es así que la investigación es innovadora porque ciertamente se han realizado investigaciones acerca del autocuidado y deterioro cognitivo en los adultos mayores, pero ninguna fue realizada en el lugar donde se lleva a cabo el presente estudio, que es en la población de Valdivia; además se hace un abordaje diferenciado desde su variable principal a temas propios de la disciplina enfermera, otorgando suma importancia al déficit de autocuidado como eje referencial a todas aquellas actividades vinculada con la salud holística de la unidad de estudio, favoreciendo la identificación del nivel de dependencia que tiene cada sujeto al realizar las actividades de la vida diaria y sus limitaciones.

No obstante, mediante la relación que existe entre las variables a través del procesamiento estadístico del instrumento investigativo, se va a determinar la condición de cada sujeto, lo que es provechoso para ellos, de esta forma las entidades pertinentes puedan tomar acciones oportunas y de beneficio para dicho grupo, dejando las puertas abiertas para futuras investigaciones, proporcionando la línea de base como insumo para las mismas.

## CAPÍTULO II

### 4. Marco teórico

#### 4.1. Marco referencial

La organización mundial de la salud, (OMS, 2018) nos habla acerca de un estudio generalizado acerca del envejecimiento y la salud, realizado a nivel del planeta, la misma estima que entre los años 2015 y hace una proyección al 2050 donde nos indica que el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará, de haber sido el 12% se proyecta que será elevada al 20%.

En el mismo sentido nos indica que el número de personas mayores de 60 años en la actualidad refiriéndose al año que cursamos, 2022. La población de adultos mayores supera a la población infantil de menores de 5 años, así mismo recalca que la población de adultos mayores envejece a mayor velocidad haciendo comparaciones con datos de los años 2000 y 2010.

De manera similar, se analizó un estudio en Chile en las comunidades de las zonas rurales y urbanas, el cual caracteriza epidemiológicamente la situación de dependencia de las personas mayores de 60 años, el marco muestral en el que se basa este estudio, es un censo realizado en el año 2002 y actualizado en el año 2006 con la encuesta de Caracterización Socioeconómica y Nacional, CASEN.

Seguidamente la acción que se realizó fue un empadronamiento, el cual tuvo efecto el 17 de septiembre en el año 2015 donde la selección de la muestra se efectuó con un diseño muestral probabilístico estratificado geográficamente y por tamaño poblacional, tanto el área urbana como en la rural, según González, Cristián, y Lavanderos (2015) en el que se obtuvieron los siguientes resultados:

(...) “La prevalencia de limitación en AVD es alta y alcanza 33,1% de las mujeres y 27,3% de los hombres para el caso de las AVD y 13,8% en mujeres y 10,4 % en hombres para el caso de las ABVD. El problema fue mayor en zonas rurales, excepto para el caso de limitaciones en 1 o más ABVD en mujeres, que fue similar para áreas rurales y urbanas” (p, 42).

Tomando en cuenta el estudio que se realizó con anterioridad nos indica que entre hombres y mujeres un porcentaje considerado se ve afectado en sus actividades de la vida diaria, esto debido al envejecimiento, no obstante, al tener limitaciones y dificultades para

realizarla se ve tornando un nivel de dependencia y déficit de autocuidado que va en aumento para cada individuo.

En efecto de los antes mencionado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2013) nos indica lo siguiente:

(...)” 45% de la población de adultos mayores viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza (424.824), El 42% vive en el sector rural (395.180), 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo, 14,9% son víctimas de negligencia y abandono, 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo”.

Por consiguiente, se realizó una investigación de tipo descriptiva, en la ciudad de Quito en el sector la Recoleta donde se encuentra el hogar para ancianos Santa Catalina Labouré, el cual tiene como objetivo Describir la percepción del adulto mayor en el Hogar Santa Catalina Labouré respecto a su calidad de vida. la investigación involucra a 61 ancianos que residen en el lugar entre ellos 39 mujeres y 22 hombres, para la obtención de datos se utilizaron diagnósticos hallados en las historias clínicas, para la aplicación de la encuesta WHOQoL-BREF que es una escala para determinar la calidad de vida.

Del mismo modo Figueroa (2018), afirma que en cuanto calidad de vida, los adultos mayores contestaron en promedio 3.57, en la escala de Likert, la respuesta se ubica entre “lo normal” y “bastante satisfecho”, en una escala del 1 al 100, corresponde al 71,4% en cuanto a su percepción de calidad de vida, por otro lado se tenía otra variable satisfacción con la salud del propio individuo la que arrojó un resultado de 2.93, en una escala de Likert señala que su respuesta se sitúa cerca a “lo normal”, en una escala del 1 al 100, representa al 58.6%, lo que permite inferir que los adultos mayores tienen una percepción “neutral” con respecto a su salud, ya que esta no se sitúa en una percepción entendida como buena o insuficiente (pág. 82).

## *4.2. Justificación teórica*

### *4.2.1 Vejez*

La vejez a lo largo de la historia ha sido definida de varias formas, desde un punto de partida desde lo histórico esta la visión de Cicerón (1967) que hace referencia a la vejez en su obra *La República* y de Senectutem la define como “referente de la experiencia recogida en las etapas de vida anteriores y de las facultades intelectuales de los ancianos” (pág. 5).

Encaminado al mismo tema otro concepto contemporáneo, Según Daza (2011) afirma que “la vejez es la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción” (pág. 5).

De tal manera nos damos cuenta que el concepto de vejez no cambia mucho según las épocas en las que ha sido definida como tal, ciertamente es una de las últimas de las etapas de la vida a la que pueden llegar los seres humanos.

### *4.1.2. Envejecimiento*

El envejecimiento por otro lado, desde un enfoque biológico nos indica que es la consecuencia de la acumulación de una variedad de daños moleculares y celulares, lo que lleva a un deterioro de las capacidades tanto físicas como mentales también conlleva un alto riesgo de adquirir enfermedades y seguido por la muerte. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

De modo similar, el Ministerio de Inclusión, económica social (MIES, 2013) determina al envejecimiento como un proceso que afecta tanto a personas en su ciclo natural de vida como a poblaciones. Lo que es denominado como envejecimiento demográfico, lo que sucede en muchas comunidades donde hay gran asentamiento de adultos mayores.

De manera que el envejecimiento es un transcurso que se lleva desde el nacimiento y se caracteriza por los cambios notables que se dan en los seres humanos, estos cambios son tanto físicos, mentales, denominados colectivos e individuales. Los mismos que definen a una persona cuando ya están mayores. Danza y Rodríguez (2011) nos dice que: “se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a

estereotipos; como una etapa de la vida apta para crecer y continuar aprendiendo” (pág. 15).

#### *4.1.3. Características del envejecimiento*

Por consiguiente, una de las características más importante durante el envejecimiento es el nombre con el que se conoce a este grupo etario el cual es adultos mayores, es denominado adulto mayor todas las personas mayores de 65 años, también éstas son agrupados en una misma categoría que sería la de la ancianidad (Elliopoulos, 2019).

Asimismo, existe gran variedad de los grupos etarios por lo que se los ha clasificado, a los adultos mayores jóvenes desde la edad de 65 a 74 años, adultos mayores viejos desde la edad de 75 a 84 años y por último los adultos mayores longevos que superan los 85 años de edad.

En otro contexto Guzmán (2011) también no habla acerca de las características del envejecimiento donde infiere lo siguiente:

(...) “Universal que es propio de todos los seres vivos. Irreversible que, a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse. Heterogéneo e individual el cual tiene características propias a cada especie, pero la velocidad de declinación funcional varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona. Deletéreo el mismo que lleva a una progresiva pérdida de función y por último el intrínseco que no debido a factores ambientales modificables” (pág. 2).

#### *4.3. Teorías biológicas del envejecimiento*

Es así que al hablar de las teorías biológicas del envejecimiento no solo se diferencian entre especies, sino que estos también se diferencian entre individuos humanos, aunque se consideran ciertos aspectos que por naturaleza suceden en todos los seres humanos, cabe recalcar que cada proceso de envejecimiento es completamente diferente y este se debe a los estilos de vida que tiene cada persona. Mientras unos envejecen a paso acelerados y es notable físicamente, otros individuos envejecen generosamente, determinando así, que “no hay evolución idéntica” (Elliopoulos, 2019).

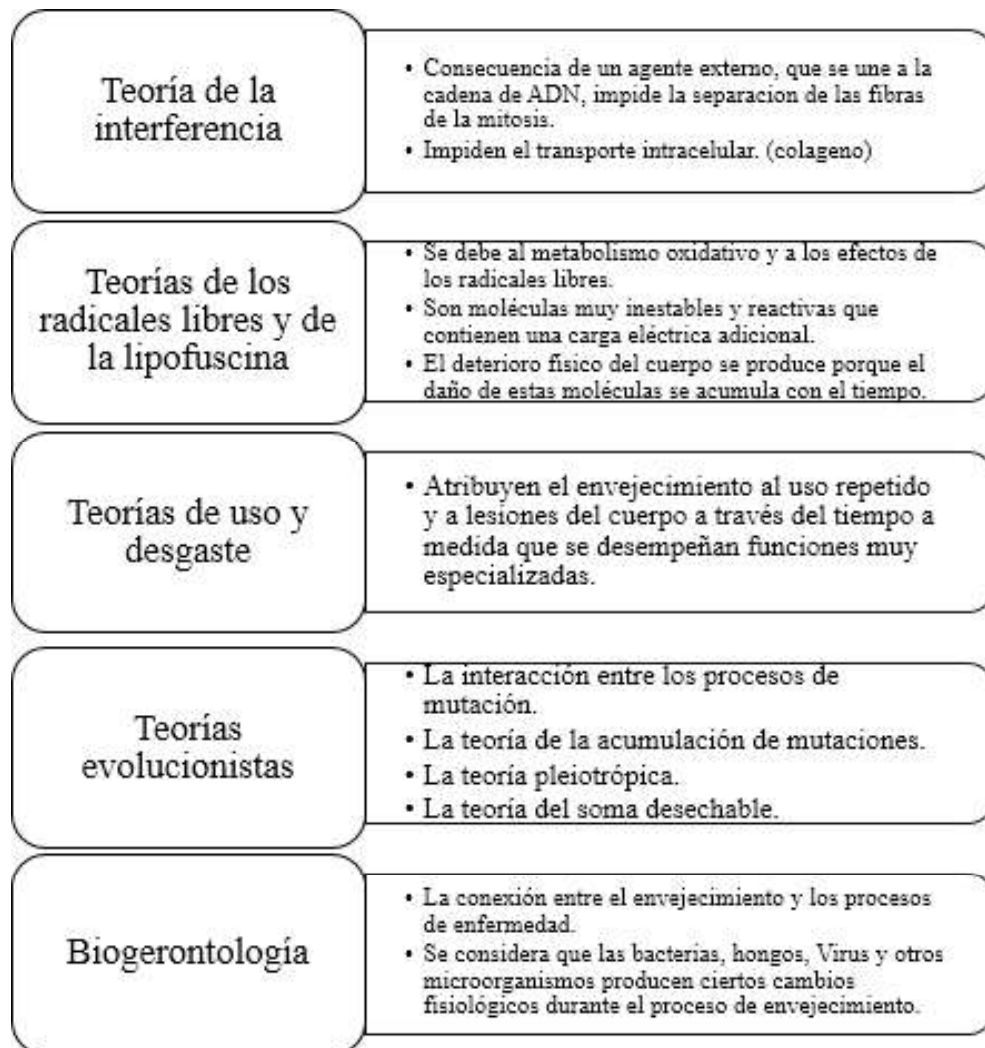
De tal modo que para explicar de una forma más adecuada los teóricos han indagado diversos factores ya sean internos o externos en el cuerpo humano y estos son

divididos en dos categorías, estas son estocásticas la cual considera que es un resultado de agresiones al azar del ambiente. Y los no estocásticos que son aquellos que perciben los cambios que son resultados de un proceso complejo.

#### 4.2.1. Teorías estocásticas

En efecto de lo antes mencionado las teorías estocásticas están conformadas por un conjunto de teorías, las mismas que pueden considerar como elemento fundamental al genoma, este sería el principal protagonista de los cambios estructurales en el ADN y en las células. (Pardo, 2003)

**Gráfico 1.** Teorías estocásticas



**Fuente:** Enfermería geriátrica y gerontológica novena edición.

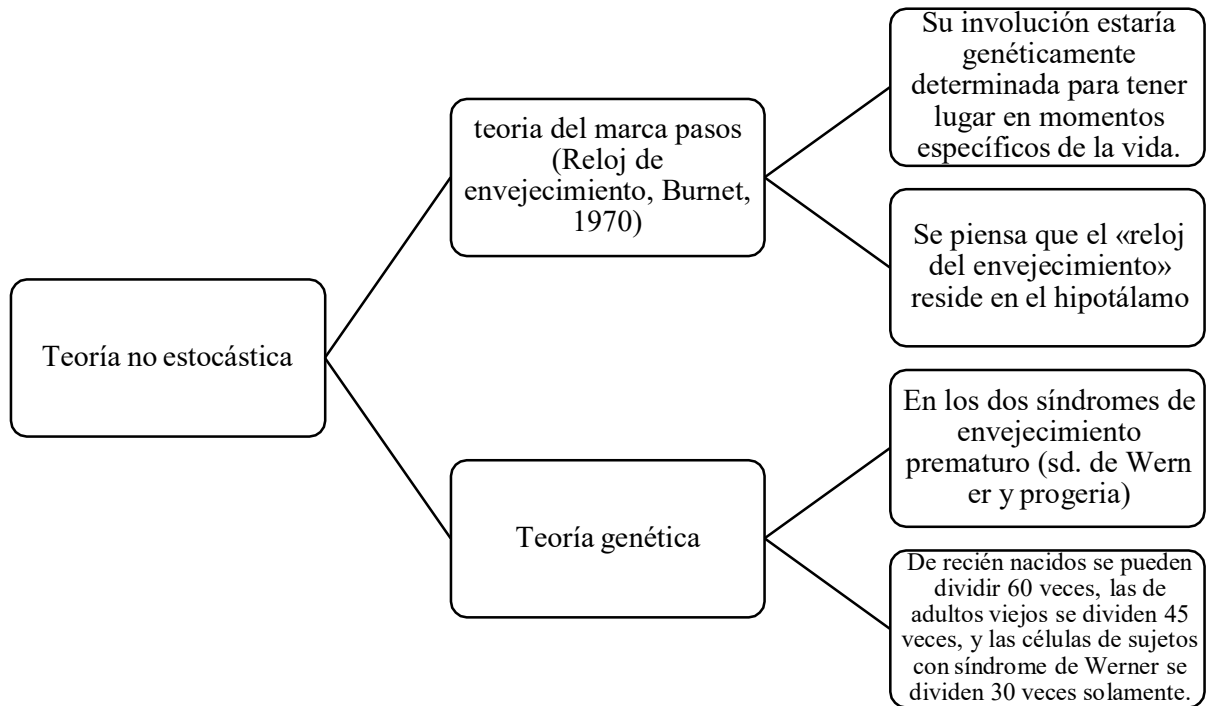
**Elaborado por:** Melissa Luna.



#### 4.2.2. Teorías no estocásticas

Por consiguiente, en esta teoría el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo, o también denominado como la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Es así que de estas surgen sub teorías siendo dos las más relevantes, la teoría del reloj o marcapaso y la teoría genética.

**Gráfico 2.** Teorías no estocásticas



**Fuente:** Enfermería geriátrica y gerontológica novena edición.

**Elaborado por:** Melissa Luna.

#### 4.2.3. Teorías sociológicas del envejecimiento

Por otra parte, la teoría sociológica pretende explicar desde un enfoque social y cultural, el proceso de envejecimiento. Esta se divide en 5 sub teorías, la teoría de la desvinculación, teoría de la continuidad, teoría de la actividad, teoría de la subcultura, teoría de la estratificación de la edad, pero para esta investigación vamos hacer mención de dos de ellas las cuales son las más idóneas para el tema que se está indagando (Gago, 2010).

#### 4.2.4. *Teoría de la actividad*

En ese sentido se menciona que la teoría de la actividad tiene un sentido totalmente contrario al de la teoría de la desvinculación, No obstante, Havighurst, Tartler y Atchley (1977) afirma lo siguiente:

La actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluyendo la sustitución de actividades intelectuales por actividades físicas cuando se reduce la capacidad física, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando tiene lugar la jubilación, y el establecimiento de nuevas amistades cuando se pierden las anteriores. El deterioro de la salud, la pérdida de funciones, los ingresos económicos reducidos, un círculo cada vez menor de amigos y otros obstáculos para el mantenimiento de un estilo de vida activo se resisten y vencen en vez de aceptarse (p. 61).

#### 4.2.5. *Teoría de la continuidad*

De modo similar sucede con la teoría de la continuidad en donde Atchely (1971) menciona que:

La teoría de la continuidad en el envejecimiento, también conocida como teoría del desarrollo, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia determinadas acciones en la vejez que son similares a estos factores durante otras fases del ciclo de vida (p. 14).

Asimismo, Elliopoulos (2019) tiene otro enfoque acerca del tema en el que infiere lo siguiente “Los patrones desarrollados durante toda la vida determinarán si las personas permanecerán comprometidas y activas o desvinculadas e inactivas” (p. 61), por lo tanto, esto nos quiere decir que, si una persona realizo deportes o algún hobby desde su juventud, esto nos indica que es un patrón no modificable.

#### 4.2.6. *Cambios en la salud y en el funcionamiento*

Después de lo antes mencionado acerca de las actividades que realizan los adultos mayores, hay un punto importante a topa y uno de ellos es un diagnóstico de enfermería relevante en este aspecto que abre paso a mas definiciones que deben ser estudiadas, el cual es el desempeño ineficaz de la función en el cual Herdman & Kamitsuru (2018) nos indica lo siguiente:

(...) Existe ineficacia en el desempeño de una función cuando hay un cambio en la percepción o el desempeño. Lo anterior puede asociarse con una limitación física,

emocional, intelectual, motivacional, educativa o socioeconómica de la capacidad para percibir una función o con restricciones en el desempeño de funciones impuestas por otras personas. Es posible que haya una considerable angustia, depresión o enojo por no realizar adecuadamente la función a la que se está acostumbrado y las responsabilidades asociadas (pág. 108).

#### 4.2.6.2. *Deterioro*

A partir de lo antes mencionado el deterioro es aquella acción y efecto de empeorar o estropear ya sea un objeto al referirnos a las personas el deterioro, surge en varios ámbitos ya sean en los de la salud mental y física, este se ve asociado a la decadencia. Es así que Irigoyen, Sarriés, & Martínez (2002) refiere que “el deterioro es la alteración del estado desalud del organismo, que puede generarse en una o varias zonas del cuerpo, afectando su funcionamiento normal” (pág. 61).

##### 1.1.1.1. **Deterioro funcional**

No obstante, el deterioro funcional hace énfasis a la degeneración que se produce en el cuerpo anatómicamente hablando, el origen de este puede ser interno o externo, por otro lado, Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolon (2014) hace mención de lo siguiente “el deterioro funcional está relacionado con la capacidad de ejecución de manera autónoma de actividades habituales y necesarias para la vida de las personas” (p. 15).

En el mismo sentido este se refiere a las limitaciones que tienen los individuos al realizar las actividades de la vida diaria, es así que el estado funcional converge a la capacidad que tienen las personas al adaptarse a sus nuevos estilos de vida.

#### 4.2.6.2. *Discapacidad*

Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la discapacidad como “Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación” (p. 1). En otras palabras, nos dice que son problemas que afectan en gran manera la estructura y la función corporal, no obstante, las limitaciones de las actividades son dificultades que se presentan a la hora de realizar una actividad o al ser partícipe de algunas situaciones vitales en la vida cotidiana.

#### 4.2.7. *Dependencia*

En el mismo sentido se hace énfasis en la definición de dependencia que esta hace referencia a la incapacidad funcional que tienen las personas para el desarrollo de las actividades por ende solicitan asistencia de otra persona para poder llevar a cabo dicha actividad, también se dice que una persona es dependiente porque esta no puede valerse por sí misma (Gutiérrez, García, & Jiménez, 2014).

##### 4.2.7.1. *Dependencia funcional*

De tal manera, señalamos que la dependencia funcional está relacionada con el envejecimiento y también ciertas enfermedades crónicas y catastróficas. Esta depende de múltiples factores, pero cuando se trata de adultos mayores la dependencia funcional hace énfasis en las limitaciones que tienen los ancianos al realizar sus actividades de la vida diaria (Dorantes, Ávila, Mejía, & Gutiérrez, 2007).

Asimismo, Gutiérrez et al. (2014) hace el siguiente aporte “las principales causas de dependencia funcional son por enfermedades crónico degenerativas, enfermedades osteomusculares y osteoporosis” (p, 71), ciertamente estas enfermedades son propias del adulto mayor y conllevan diferentes complicaciones, cabe destacar que las presencias de síndromes geriátricos se pueden prevenir adecuadamente.

##### 4.2.7.2. *Nivel de dependencia*

En este sentido nos dirigimos a hacer énfasis en el nivel de dependencia el cual es clasificado según las necesidades de los individuos, esta se la clasifica en grados de dependencia, según Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF (2001) (Organización Mundial de la Salud, 2001)

(...) La hoja de valoración CIF constituye una clasificación novedosa, que amplía el ámbito de la FCI resaltando la necesidad de contar con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países (pág. 6).

Es así que las actividades que se valoran en este cuestionario son las actividades básicas de la vida diaria como comer y beber, control de los esfínteres, regulación de la micción y la defecación, aseo personal, vestirse, mantenimiento de la salud, transferencias

corporales que hacen referencian a lo toma de decisiones en cuanto a herencias eh inmuebles que puedan ser otorgados a otras personas. Desplazarse dentro y fuera del hogar, y por último la toma de decisiones.

Por consiguiente, tenemos el Baremo de Valoración de la Dependencia BVD (2011) que nos permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y de gran dependencia de acuerdo a grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos (p. 4).

Además el Baremo de Valoración de la Dependencia nos permite identificar el grado dependencia en base a la autonomía de cada individuo asi mismo nos ayuda a determina el nivel de cuidado que requiere la persona que se le ha realizado el test, este es aplicado a partir de los 3 años de edad.

Por otro lado, también tenemos la escala de Barthel que esta mide la capacidad que tienen las personas para realizar diez actividades básicas de la vida diaria, la misma

que obtiene una estima cuantitativa en cuanto al grado de dependencia que tiene el individuo que realizo el test.

**Gráfico 3.** *Índice de Barthel (IB) versión original en español*

Comer	0 = Incapaz
	5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
	10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = Incapaz, no se mantiene sentado
	5 = Necesita ayuda importante
	10 = Necesita algo de ayuda
	15 = Independiente
Aseo personal	0 = Necesita ayuda con el aseo personal
	5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete	0 = Dependiente
	5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo
	10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	0 = Dependiente
	5 = Independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse	0 = Inmóvil
	5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m
	10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
	15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras	0 = Incapaz
	5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
	10 = Independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse	0 = Dependiente
	5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
	10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces	0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)
	5 = Accidente excepcional (uno/semana)
	10 = Continente
Control de orina	0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
	10 = Continente, durante al menos 7 días

**Fuente:** Nuevos horizontes Vol. 4

**Elaborado por:** Melissa Luna

En este sentido se interpreta el índice de Barthel de la siguiente manera si un sujeto obtiene 100 puntos nos quiere decir que este individuo es completamente independiente, esto no quiere decir que esta persona pueda vivir independientemente o solo sin ninguna supervisión, lo que indica únicamente el test es que esta persona puede sobrellevar su autocuidado sin recibir asistencia, el rango oscila entre 0 y 100 y estos tienen intervalos de 5 puntos y cuanto más cerca este se encuentre del cero denota un grado de dependencia,

por ejemplo: de 0 a 20 es igual a dependencia total, de 21 a 60 es equivalente a dependencia severa, 61 a 90 es igual a dependencia moderada, 91 – 99 es equivalente a dependencia escasa y 100 que refiere independencia (Barrero, García, & Ojeda, 2005).

#### 4.2.7. *Teoría de déficit de autocuidado*

En consecuencia, de lo antes mencionado se da paso a la teoría del déficit de autocuidado según Rego y Rocha (2019) determina que:

(...) El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (pág. 9).

Del mismo modo se nos indica que la teoría del déficit de autocuidado se clasifica en 4 sub teorías, la teoría de autocuidado, teoría del cuidado dependiente, teoría de déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros.

#### 4. *La teoría de autocuidado*

En efecto de lo antes escrito el autocuidado según Naranjo, Concepción , & Larreynaga (2017) infiere en que:

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (p. 4).

Es así que la teoría de autocuidado tiene 3 requisitos de autocuidado estos forman parte la valoración del paciente, se utiliza la palabra requisito porque son las actividades que debe realizar el individuo para determinar que esta cuida de sí mismo, los requisitos son: requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo, requisito de autocuidado de desviación de la salud.

#### 4.2.9. *La teoría del cuidado dependiente*

Seguidamente tenemos la teoría del cuidado dependiente en la cual explica cómo deben asistir los miembros de la familia, amigos o cuidadores a la persona que en este caso requiera asistencia o cuidados, de esta forma le puedan proporcionar un cuidado y asistencia oportuno, de este modo Berbiglia & Banfield (2014) agrega algo breve acerca de la teoría, “Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal y el bienestar” (p. 236).

#### 4.2.10. *La teoría del déficit de autocuidado*

De esta forma continuamos con la teoría de déficit de autocuidado la cual es definida por Berbiglia & Banfield (2017).

(...) El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado (pág. 240).

#### 4.2.11. *La teoría de sistemas enfermeros*

No obstante, la teoría de los sistemas enfermeros la cual nos habla acerca de la enfermería como una acción humanizada. Estos son diseñados por enfermeras en el ámbito donde laboran y se van implementando de acuerdo a las necesidades y limitaciones de sus pacientes.

Similar a esto, Berbiglia & Banfield (2017) refiere lo siguiente “Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación (pág. 240), en resumidas palabras los sistemas enfermeros constituyen la unidad de cuidados, ya que estos son creados para los pacientes que no pueden desempeñar las actividades de autocuidado adecuadamente.



#### 4.2.12. Marco conceptual

**Ancianidad:** Último período de la vida de una persona, que sigue a la madurez, y en el cual se tiene edad avanzada.

**Genoma:** Conjunto formado por el material genético del ADN de los cromosomas y de las mitocondrias.

**Lipofuscina:** es un pigmento de color pardo-amarillento con fluorescencia propia, compuesto por polímero de lípidos y fosfolípidos, derivados de la per oxidación de los lípidos poliinsaturados de las membranas subcelulares.

**Mitosis:** Proceso de reproducción de una célula que consiste, fundamentalmente, en la división longitudinal de los cromosomas y en la división del núcleo y del citoplasma; como resultado se constituyen dos células hijas con el mismo número de cromosomas y la misma información genética que la célula madre.

**Mutación:** Cambio o modificación de algo.

**Pleiotrópica:** En biología la pleiotropía o polifenia es el fenómeno por el cual un solo gen es responsable de efectos fenotípicos o caracteres distintos y no relacionados.

**Síndrome de Werner:** síndrome hereditario poco frecuente caracterizado por un envejecimiento prematuro con aparición en la tercera década de la vida y rasgos clínicos cardinales, incluyendo cataratas bilaterales, baja estatura, encanecimiento y disminución del cabello del cuero cabelludo, trastornos de piel.

**Teorías:** Conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o una actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.

**Universal:** Que pertenece o se refiere a todos los países, a todos los tiempos, a todas las personas o a todas las cosas.

#### 4.4. Marco legal

### CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR DEL 2008.

#### CAPÍTULO TERCERO.

#### DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA.

**Art. 35.-** las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes

adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. Sección primera. Adultas y adultos mayores.

**Art. 37.-** el estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. 7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respecto a su opinión y consentimiento.

**Art. 38.-** El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

**En particular, el Estado tomará medidas de:**

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no pueden ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

**4.4.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD**

**CAPÍTULO III**

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con su salud

**Art.7.** Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

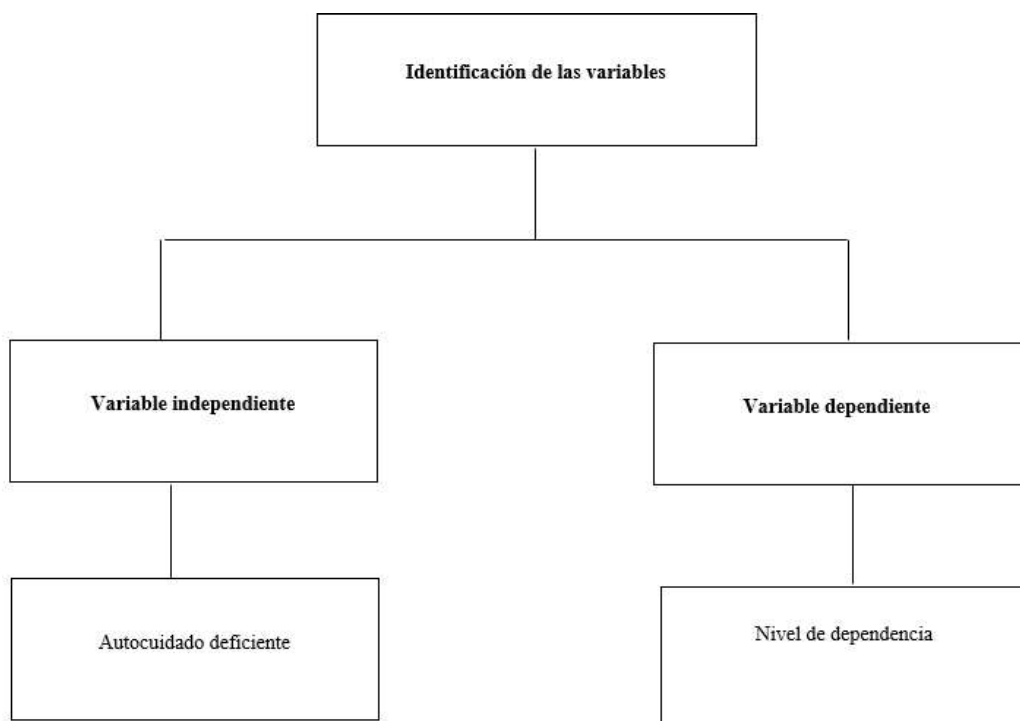
- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previo.

## 5. Formulación de Hipótesis

HI: El autocuidado deficiente influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022.

### 5.1. Identificación de variables

**Gráfico 4.** *Identificación de variables*



**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

5.2. Operacionalización de las variables

**Tabla 1.**  
Operacionalización de las variables N°1

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional		
			Dimensión	Indicador	
El autocuidado deficiente influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022.	<b>Variable Independiente:</b> Autocuidado deficiente	Incapacidad para realizar acciones que demanda el cuidado integral y personal, propias del individuo.	<b>Actividad Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.</li> <li>Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.</li> <li>Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.</li> </ul> En dependencia a las respuestas: Si A veces No	<b>Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)</b>
			<b>Alimentación</b>		
			<b>Eliminación</b>		

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

**Tabla 2.**  
*Operacionalización de las variables N°2*

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	
			Dimensión	Indicador
El autocuidado deficiente influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022	<b>Variable Independiente:</b> Autocuidado deficiente	Incapacidad para realizar las acciones que demanda el cuidado integral y personal, propias del individuo.	<b>Descanso y sueño</b>	<b>Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)</b>
			<b>Higiene y confort</b>	
			<b>Medicación</b>	

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

**Tabla 3.**

*Operacionalización de las variables N° 3*

<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>		
			<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Técnicas</b>
El autocuidado deficiente influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022	<b>Variable Independiente:</b> Autocuidado deficiente	Incapacidad para realizar las acciones que demanda el cuidado integral y personal, propias del individuo.	<b>Descanso y sueño</b>		<b>Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)</b>
			<b>Higiene y confort</b>		
			<b>Medicación</b>		
			<b>Control de Salud</b>		
			<b>Adicciones o Hábitos tóxicos</b>		

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

**Tabla 4.**

*Operacionalización de las variables N° 4*

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnicas
El autocuidado deficiente influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. 2022	<b>Variable Dependiente:</b> Nivel de dependencia	Este mide el porcentaje de asistencia que necesita una persona al realizar las actividades básicas de la vida diaria.	alimentación años sestirse aseo personal Continencia Higiene personal Traslado Deambulación Desplazamiento (con equipamiento) repar (escalones)	Grados de independencia para realizar las actividades funcionales básicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente.</li> <li>• Con ayuda.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	<b>Índice de Barthel (IB) modificación de Granger</b>

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

## CAPÍTULO III

### **6. Diseño metodológico**

#### *6.1. Tipo de investigación*

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque se utilizarán dos cuestionarios que nos permitirá identificar y medir el nivel de dependencia en base al déficit de autocuidado que poseen los adultos mayores, siendo estos Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) y Cuestionario índice de Barthel (IB) modificación de Granger, los que nos brindaras datos exactos y cuantificables.

Esta investigación es de tipo no experimental, porque se basa en la observación, identificación y descripción, de los resultados que vayan exponiendo las encuestas realizadas, por ende, no vamos a intervenir ni a modificar las variables. Es así que los fenómenos, en el caso de la investigación se observará el autocuidado deficiente y cómo influyen en el nivel de dependencia.

En el mismo sentido inferimos que el estudio es de corte transversal debido a que la recolección de datos se hará en un momento específico y en un tiempo único, a los adultos mayores del centro de salud Valdivia, Santa Elena. El mismo que tiene un diseño correlacional causal, pues nos permitirá evaluar a modo entrevista y al mismo tiempo valorar la situación actual de los adultos mayores en cuanto a la influencia que tiene el déficit de autocuidado sobre el nivel de dependencia.

#### *6.2. Métodos de investigación*

##### **No experimental**

Esta investigación es de tipo no experimental, porque se basa en la observación, identificación y descripción, de los resultados que vayan exponiendo las encuestas realizadas, por ende, no vamos a intervenir ni a modificar las variables. Es así que los fenómenos, en el caso de la investigación se observará el autocuidado deficiente y cómo influyen en el nivel de dependencia.

##### **Investigación transversal - descriptiva**

En el mismo sentido inferimos que el estudio es de corte transversal debido a que la recolección de datos se hará en un momento específico y en un tiempo único, a los adultos mayores que pertenecen del grupo social trabajando para una mejor calidad de vida ubicada en la comuna Valdivia del cantón Santa Elena en el año 2022. el mismo que



tiene un diseño correlacional causal, pues nos permitirá evaluar a modo entrevista y al mismo tiempo valorar la situación actual de los adultos mayores en cuanto a la influencia que tiene el déficit de autocuidado sobre el nivel de dependencia.

### **Método: deductivo**

Para realizar éste estudio, se va a utilizar el método deductivo; dando comienzo la revisión bibliográfica de manera general, de tal manera se ha encontrado estudios resientes, pero de diferentes autores, los cuales se asemejan a investigaciones nacionales y locales, generando así un direccionamiento que va de lo general a lo particular, en cuanto al tema “Déficit de autocuidado y su influencia en el nivel de dependencia en adultos mayores del centro de salud de la comuna Valdivia en Santa Elena, año 2022”.

### *6.3. Población y muestra*

#### *6.3.1. Población*

La población de nuestro trabajo investigativo está constituida por 46 miembros los cuales son adultos mayores que acuden al centro de salud y forman parte del grupo trabajando para una mejor calidad de vida ubicado en la comuna Valdivia, mismo grupo que ha sido organizado por la tecnóloga Katty Muñoz trabajadora de la alcaldía de Santa Elena.

#### *6.3.2. Muestra*

La muestra que se considera para la investigación presente es del 100% de la población siendo así los 46 miembros antes mencionados.

#### *6.3.3. Criterios de inclusión*

- Adultos mayores que forman parte de grupo social trabajando para una mejor calidad de vida.
- Adultos mayores que tienen participación activa.
- Adultos mayores que den consentimiento para ser encuestados.

#### *6.4. Tipo de muestra*

El tipo de muestra es probabilístico ya que todos tienen la misma posibilidad de participar en la investigación con respecto a que todas las personas que participan en el estudio son adultos mayores siendo esta la característica primordial que demanda la investigación, el muestreo es de conglomerado con respecto a que los sujetos de estudio se encuentran en un lugar determinado, siendo este el grupo social trabajando para una mejor calidad de vida centro de salud de la comuna Valdivia en Santa Elena.

#### *6.5. Métodos y técnicas de recolección de datos*

Para el presente trabajo de investigación se utilizará la técnica de la encuesta haciendo uso de dos instrumentos. El primero diseñado por Israel E. Millán Méndez 2010. Test de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM). Y el segundo cuestionario, índice de Barthel (IB) modificación de Granger.

De los cuales nos va a permitir medir en un aspecto el déficit de autocuidado que poseen los adultos mayores, por otro lado, el segundo instrumento nos ayudara a medir el nivel de dependencia que poseen. De este modo poder determinar cómo influye el déficit de autocuidado sobre el nivel dependencia en adultos mayores.

#### *6. Aspectos éticos*

Para la aplicación de este proyecto de investigación, nos fundamentamos en el contexto de la ética y bioética con la que se manejan los profesionales en enfermería, respetando de esta manera la autonomía de los participantes, no vulnerando sus derechos de justicia y aplicando la beneficencia y no maleficencia al momento de la obtención de datos, dado que para realizar este estudio se pidió de manera formal y voluntaria el consentimiento de cada uno de los participantes, de la misma manera se pidió autorización de la máxima autoridad del centro de salud donde se realizó la investigación.

## CAPITULO IV

### 7. Presentación de resultados

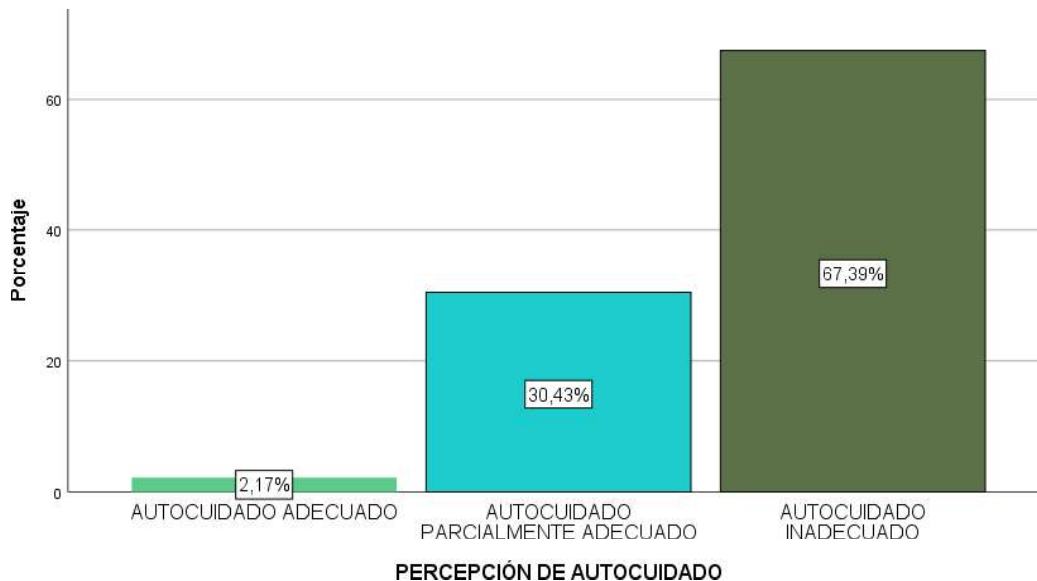
#### 7.1. Análisis y presentación de resultados

Para esta investigación se utilizó técnicas e instrumentos de recolección de datos de los adultos mayores del centro de salud Valdivia del cantón santa Elena con la finalidad de cumplir con los objetivos que se propusieron en el estudio de investigación, es así que el presente capítulo, mediante el análisis e interpretación de datos obtenidos de los 46 participantes de la investigación utilizando el programa de paquete estadísticos para las ciencias sociales (SPSS).

En la tabla se muestra el contenido de los resultados obtenidos mediante el cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor, TEST DE CYPAC-AM de esta forma cumpliendo con el primer objetivo específico planteado en nuestro estudio.

#### Gráfico 5.

*Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor – Percepción de autocuidado*



**Nota:** El gráfico representa los resultados en porcentajes del cuestionario de capacidad y percepción del cuidado del adulto mayor.

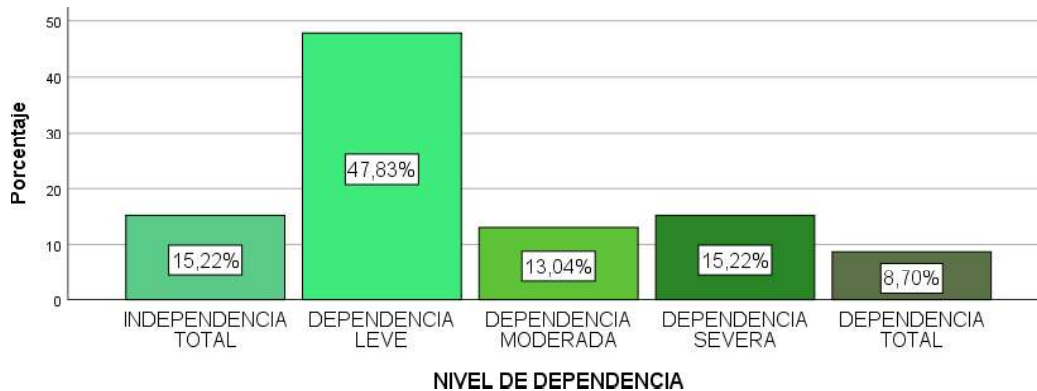
**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

**Análisis:** Mediante la tabla 1 se muestra el contenido de los resultados obtenidos mediante el cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor, TEST DE CYPAC-AM de esta forma cumpliendo con el primer objetivo específico planteado en nuestro estudio.

Se logra identificar que de los 46 participantes que conforman un 100% de la población de estudio donde todos se encuentra dentro del rango de adultos mayores, los adultos que tienen una percepción de autocuidado inadecuado es de 31 participantes el cual representa el 67,40% seguido por el autocuidado parcialmente adecuado el cual se refleja en 14 participantes es así que representa el 30,43% de la población y el autocuidado adecuado con 1 participante siendo una minutaría población de 2,2%.

**Gráfico 6.**

*Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor - Nivel de dependencia*



**Nota:** El grafico representa los resultados en porcentajes del cuestionario de capacidad y percepción del cuidado del adulto mayor, enfocándose en el nivel de dependencia de los encuestados.

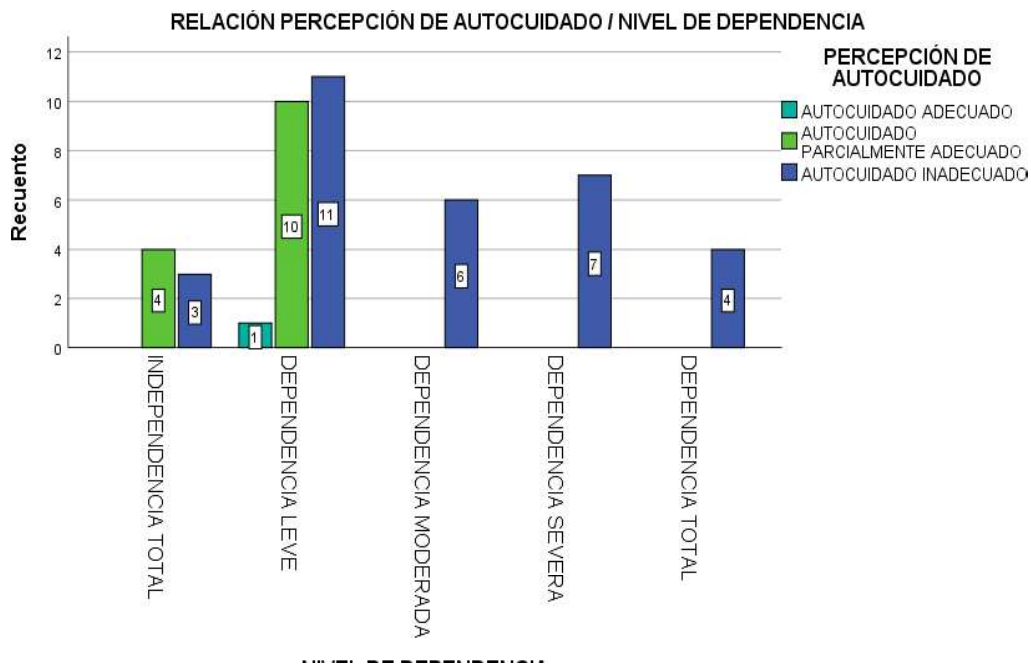
**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

**Análisis:** En relación con el segundo objetivo específico, se recabo los siguientes datos obtenidos a través de la escala o índice de Barthel en donde se valora el nivel de dependencia de los adultos mayores al realizar las actividades de la vida diaria; donde los 46 participantes conforman el 100% de la población, en el que 22 participantes cuentan con un nivel de dependencia leve siendo este el 47,8% de la población. De la misma forma 7 participantes

conforman 15.2% de la población que representaría un nivel de dependencia severa, en el mismo aspecto hay 7 participantes que tienen independencia total, conformando el 15.2% de la población. No obstante, contando con 6 participantes que conformarían el 13% de la población que se encuentra clasificada en un nivel de dependencia moderada, en el último inciso 4 pacientes hacen parte del grupo que cuentan con dependencia total siendo este el 8.7% de la población estudiada.

**Gráfico 7.**

*Resultados del cuestionario Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor - Percepción de autocuidado*



**Nota:** El grafico representa los resultados del cuestionario de la relación de la percepción del autocuidado y el nivel de dependencia de los encuestados.

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

En función del tercer objetivo donde se hace mención de la relación entre el déficit de autocuidado y el nivel de dependencia en los adultos mayores de nuestra población de 100% (46), las personas que tienen un autocuidado inadecuado (46) han presentado desde independencia total (3), dependencia leve (11), dependencia moderada (6), dependencia severa (7) hasta dependencia total (4).

Mientras que las personas que tienen un autocuidado parcialmente adecuado manifiestan tener un nivel de dependencia leve (10) y nivel de independencia total (4), es así que las personas que reflejan tener un autocuidado adecuado (1) según lo manifestado tienen dependencia leve.

**Tabla 5.**

*Pruebas de chi-cuadrado*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,831	8	,086
Razón de verosimilitud	18,673	8	,017
Asociación lineal por lineal	9,198	1	,002
N de casos válidos	46		

**Nota:** La tabla muestra los resultados de las pruebas de Chi-cuadrado en relación a las variables si muestran o no una relación dependiente entre ellas.

**Realizado por:** Luna Martínez Melissa Nicole

Con respecto al tercer objetivo, mismo que consiste en medir el déficit de autocuidado en relación al nivel de dependencia en los adultos mayores, a través del análisis de chi-cuadrado se demuestra una significación asintótica bilateral por debajo de 0,05; lo cual admite negar la hipótesis nula y determina fidedignamente la existencia de cierta relación entre las variables independientes antes mencionada. Justificando así el déficit de autocuidado y un grado medio de relación con el nivel de dependencia en adultos mayores.

### *7.2. Comprobación de hipótesis*

Por medio del análisis estadístico del chi cuadrado y la significación asintótica, la misma que demostró valores que no superan el 0.05 por este motivo se rechaza la hipótesis nula de tal manera que se acepta la hipótesis del trabajo de investigación donde se evidencia que a mayor déficit de autocuidado existe un determinado nivel de dependencia, de esta manera también se confirman que ciertamente las variables son independientes, pero tienen cierto grado de asociación entre sí.

Es así que podemos demostrar que el déficit de autocuidado influye en el nivel de dependencia de los adultos mayores del centro de salud Valdivia ubicado en el cantón Santa Elena.

### *7.3. Conclusiones*

Consecutivamente del análisis e interpretación de los resultados, obtenidos a través de la recolección de datos del estudio sobre el déficit de autocuidado y su influencia en el nivel de dependencia en adultos mayores, se concluye lo siguiente:

En función al déficit de autocuidado el cual está asociado a la capacidad del individuo para realizar actividades del cuidado personal Del 100% de la población un 67,40% tiene un autocuidado deficiente y el 2% de la población un autocuidado adecuado, demostrando así que, en dependencia a la edad del rango de adultos mayores, se pierden las habilidades de autocuidado según avanza la edad.

En función al nivel de dependencia de nuestra población del 100%, la población de 47.83% representa la población adulta mayor que tiene un grado de dependencia leve el cual también es significativo en este estudio ya que nos demuestra que al llegar a la edad de 65 años se pierde independencia para realizar las actividades de la vida diaria, por otro lado 15.22% de la población tiene un nivel de dependencia severa lo que nos indica que esta cifra de adultos mayores necesita que un tercero o un familiar los asista para poder realizar las actividades de la vida diaria.

Por consiguiente, a través de la prueba asociativa estadística, se afirma que existe cierta relación entre el déficit de autocuidado y el nivel de dependencia, es decir que a mayor déficit de autocuidado mayor nivel de dependencia en adultos mayores demostrando así la influencia que tiene las variables independientes entre sí. Asemajando así que el déficit de autocuidado tiene influencia sobre el nivel de dependencia en los adultos mayores del centro de salud Valdivia en el cantón Santa Elena.

### *7.4. Recomendaciones*

De acuerdo al análisis de los resultados y las conclusiones obtenidas de la investigación, se recomienda lo siguiente:

- Realizar los test que se aplicaron en esta investigación anualmente para de esta forma promover los programas que van dirigido al cuidado de los adultos mayores, con el objetivo de fortalecer los hábitos de autocuidado y la independencia al realizar las actividades de la vida

diaria, mismos que van direccionados a que los adultos mayores envejeczan con salud y gocen de un envejecimiento digno.

- De la misma forma se recomienda que el personal del centro de salud realice visitas domiciliarias y hacer captación de los adultos mayores que no cuenta en el registro del centro de salud, para que de esta forma se les brinde atención en salud oportuna e inmediata.

En cuestión a la última mención me dirijo a los próximos estudiantes de licenciatura en enfermería a que sigan indagando en nuevas investigaciones que permitan recabar datos oportunos dirigidos a la población adulta mayor, de esta forma mejorar su calidad de vida en los años que la viven. Es de relevancia que la población antes mencionada, a nivel provincial reciba los adecuados cuidados, ya que es de conocimiento general que esta es vulnerable y debemos cumplir su derecho de recibir atención oportuna y digna en salud.



## 8. Bibliografía

- Barrero, C., García, S., & Ojeda, A. (Diciembre de 2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *NUEVOS HORIZONTES*, 81-85. Obtenido de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60664817/indice\\_de\\_barthel20190921-23478-1smn7te-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653964455&Signature=ZuwMsVUFt3yjke8fPTqb3RC72b8mKXjPh9gqgSeGwtyzY6BkrTVsmkWkUH7hNdi4wOON5rTwjRHe67vqDliR~QiPn0kCkaBBahHEXcUfzCw8JpvDn9i2](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60664817/indice_de_barthel20190921-23478-1smn7te-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653964455&Signature=ZuwMsVUFt3yjke8fPTqb3RC72b8mKXjPh9gqgSeGwtyzY6BkrTVsmkWkUH7hNdi4wOON5rTwjRHe67vqDliR~QiPn0kCkaBBahHEXcUfzCw8JpvDn9i2)
- CEPAL. (2019). *Observatorio demográfico de américa latina y el caribe proyecciones de poblaciones*. Chicago: Naciones Unidas. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/1/S1900739\\_mu.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/1/S1900739_mu.pdf)
- Cicerón, M. T. (1967). *SOBRE LA VEJEZ*. Madrid: Editorial Tal -Vez. Obtenido de [https://www.iesfuente.com/departamentos/latin\\_comun/biblioteca/senectute/files/assets/downloads/publication.pdf](https://www.iesfuente.com/departamentos/latin_comun/biblioteca/senectute/files/assets/downloads/publication.pdf)
- De La Cruz, X. (2022). Proceso de atención en enfermería en usuario con Psoriasis de la parroquia José Luis Tamayo. *Tesis*. Universidad Estatal Península de Santa Elena, La Libertad. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7114>
- Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, s., & Gutiérrez, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 67-72. Obtenido de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rps/v22n1/a01v22n1.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v22n1/a01v22n1.pdf)
- Ellipoulos, C. (2019). *Enfermería geriátrica y gerontológica* (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. Obtenido de <https://booksmedicos.org/enfermeria-geriatrica-y-gerontologica-9a-edicion/>
- Figueroa, A. (2018). Análisis de la situación del adulto mayor en Quito Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017. *Tesis*. Univerisdad Andina Simón Bolívar, Quito. Obtenido de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf>
- Figueroa, L., Torres, G., Morales, X., Vega, P., & Lira, J. (21 de Junio de 2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida. *Enfermería Universitaria*, 159-165. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- Gago, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 42-66.

- González, F., Crithián, M., & Lavanderos, F. (2015). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-11. Obtenido de [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rps/v22n1/a01v22n1.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v22n1/a01v22n1.pdf)
- Gutiérrez, L., García, C., & Jiménez, J. (2014). *Enejecimiento y Dependencia*. Lomas Del Chaputellec: Intersistemas S.A. Obtenido de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Guzman, S. (2011). Envejecimiento. *Gerontología Universidad La Republica* (págs. 1-17). Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46730/1/S2000842\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46730/1/S2000842_es.pdf)
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). NANDA diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación. En H. Herdman, & S. Kamitsuru, *NANDA diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación* (pág. 483). Barcelona: Elsevier. Obtenido de <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
- Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos. (2009). *Salud, Bienestar y envejecimiento*. Quito: República del Ecuador. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (10 de Enero de 2013). *INEC*. Obtenido de INEC: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-sus-proyecciones-poblacionales-cantonales/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). *ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de [ecuadorencifras.gob.ec: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf)
- Irigoyen, A., Sarriés, G., & Martínez, G. (2002). Deterioro funcional del paciente con demencia: influenciadel grado de deterioro cognitivo, la comorbilidad física y las alteraciones neuropsiquiátricas. *ELSEVIER*, 2010-2015.
- Marimon, M., & Garrote, A. (2003). La Piel Senil. *Elsevier*, 80-86. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13055922>
- MIES. (Diciembre de 2013). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de Programas de Servicio : <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (20 de abril de 2007). *Confederacion de Salud Mental España*. Obtenido de Consuladomental web site: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/manual-uso-baremo-valoracion-dependencia/>
- Morales, V. (Octubre de 2008). *ecuadorencifras.gob*. Obtenido de Biblioteca de estudios economicos: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Economicos/Evolucion\\_de\\_la\\_indus\\_Alimen\\_Beb\\_2001-2006/Poblac\\_Adulto\\_Mayor.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf)

- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 1-11. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
- Neugarten, L. (1964). Personality in middle and late life. *NY: Atherton Press*, 72 -114. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books/about/Personality\\_in\\_Middle\\_and\\_Late\\_Life.html?id=qmlqAAAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Personality_in_Middle_and_Late_Life.html?id=qmlqAAAAMAAJ&redir_esc=y)
- OMS. (2015). *El envejecimiento y la salud*. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
- OMS. (4 de Octubre de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Centro de prensa: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de OPS.
- Organización Mundial De La Salud. (2015). *El Envejecimiento Y La Salud*. Ginebra, Suiza: Organizacion Mundial de la Salud.
- Pardo, A. (febrero de 2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 58-67. Obtenido de *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n1/ibi08103.pdf>
- Quisphe, T. T. (2018). *CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DOROTHEA en adultos mayores del distrito de Ayapata*. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, Puno. Obtenido de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada\\_Quispe\\_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- RAE. (2021). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Actualizacion 2021: <https://dle.rae.es/situaci%C3%B3n>
- RAE. (2022). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de Lengua Española : <https://dle.rae.es/dependencia>
- Rego, M., & Rocha, R. (2019). Aplicabilidad de la teoría del déficit de autocuidado del orden en Brasil: una revisión integradora. *Revista de administración y atención primaria de salud*, 1-19. Obtenido de <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/538/741>
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Colombia: Universidad del Rosario. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3286>



## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1: Índice Barthel



Facultad de  
Ciencias Sociales y de la Salud  
*Enfermería*

**TEMA: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE  
DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD VALDIVIA,  
SANTA ELENA. 2022.**

#### **Índice de Barthel.**

##### Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

##### Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

##### Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

##### Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

##### Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.



### UPSE

#### Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

#### Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

#### Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

#### Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

#### Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

## 92. Anexo 2: TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)



Facultad de  
Ciencias Sociales y de la Salud  
Enfermería

UPSE

### TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Categorías a medir Formas de medición

#### A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda ----- Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Participa en el círculo de abuelos ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_  
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras - Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_

#### B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda --- Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Tiene establecido un horario fijo para comer ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_

#### C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda --- Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular --- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_  
(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

#### D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño ----- Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer - Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_
4. Procura dormir las horas necesarias diarias ----- Si \_\_\_ A veces \_\_\_ No \_\_\_  
(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)



UPSE

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda ----- Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Acostumbra bañarse con agua tibia ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_  
No\_\_\_
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies --- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud ---- Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Controla su peso o sabe cuanto debe pesar ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_  
No\_\_\_
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas --- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico ----- Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume---- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él ---- Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos ----- Si\_\_\_ A veces\_\_\_  
No\_\_\_



## 93. Anexo 3: Norma de evaluación del Instrumento



Facultad de  
Ciencias Sociales y de la Salud  
*Enfermería*

UPSE

### Norma de evaluación del Instrumento

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si tres ó más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

### Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

## 9.4. Consentimiento informado



Facultad de  
Ciencias Sociales y de la Salud  
*Enfermería*

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO



El objetivo del consentimiento informado permitirá conocer la información del encuestado acerca de los test que se le realizarán con respecto a déficit de autocuidado, nivel de dependencia.

Este estudio es elaborado como requisito para el proceso de titulación, de la Carrera de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, realizada por la estudiante MELISSA NICOLE LUNA MARTINEZ bajo la tutoría del Dr. Jeffry John Pavajeau Hernández

De aceptar la participación voluntaria se garantiza la confidencialidad y el respeto a las respuestas, la cual no será utilizada con otro propósito externo a la investigación. Después de recibir y comprender la explicación yo,....., con número de cédula ....., por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada, **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD VALDIVIA, SANTA ELENA. 2022.** Además certifico que he sido informado con claridad, sobre los objetivos y el propósito de la investigación.

---

Firma del participante

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador  
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-761732  
[www.unse.edu.ec](http://www.unse.edu.ec)

## 9.5 Anexo 4: Autorización



### Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud Enfermería

Oficio No.241-CE-UPSE-2022.

La Libertad, 17 de Mayo de 2022

Dra.  
Farashe Tatiana Chehab Zambrano  
**DIRECTORA DEL CENTRO DE  
SALUD VALDIVIA, SANTA ELENA**  
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería a la estudiante:

No-	TEMA	ESTUDIANT E	CEDULA	DOCENTE TUTOR
1	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD VALDIVIA, SANTA ELENA	Melissa Nicole Luna Martinez,	2300263048	Dr. Jeffry John Pavajeau Hernández MScSc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta. Melissa Nicole Luna Martinez, proceda al levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima

Atentamente



Lic. Nancy Dominguez Rodriguez  
DIRECTORA DE LA CARRERA

Cc: ARCHIVO

NDR/POS



Formado electrónicamente por  
FARASHE TATIANA  
CHEHAB ZAMBRANO

## 9.6. Anexo 5: Evidencia fotográfica



Recopilacion de datos



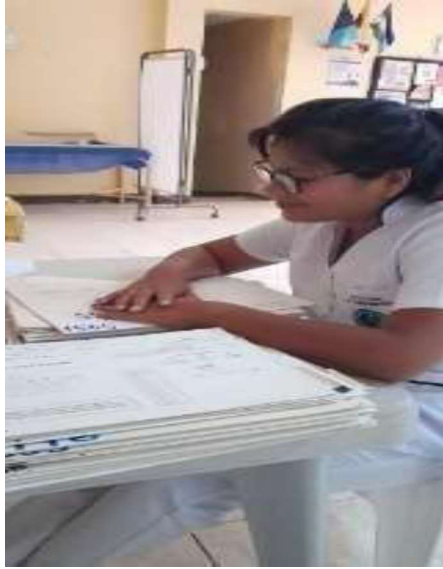
Recopilacion de datos



Recopilacion de datos



Recopilacion de datos



Aplicación de instrumento de investigación

## 9.7. Anexo 7: Certificado de antiplagio



La Libertad, 30 de mayo de 2022

### CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **Déficit de autocuidado y su influencia en el nivel de dependencia en adultos mayores. Centro de Salud Valdivia, Santa Elena, 2022**, elaborado por **Melissa Nicole Luna Martínez**, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el **3%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



JEFFRY JOHN  
PAVAJEJA  
HERNÁNDEZ

Jeffry John Pavajeja Hernández, MD, MSc  
Tutor de trabajo de titulación