



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

**TÍTULO DEL TEMA:**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS, PARROQUIA SAN JOSÉ DE ANCÓN, SANTA  
ELENA, 2025**

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

**AUTOR(A):**

**ANDREA ELIZABETH EUGENIO MITE**

**TUTOR(A):**

**LIC. ELSIE SAAVEDRA ALVARADO, Mgtr.**

**PERÍODO ACADÉMICO**

**2025-2**

## **TRIBUNAL DE GRADO**

---

Lic. Milton Marcos González Santos, Mgt  
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y  
DE LA SALUD**

---

Lic. Carmen Lascano Espinoza, PhD.  
**DIRECTORA DE LA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

---

Lic. Carmen Ortiz Pilacuán, MSc.  
**DOCENTE DE ÁREA**

---

Lic. Elsie Saavedra Alvarado, Mgtr.  
**TUTORA**

---

Abg. María Rivera González, Mgt.  
**SECRETARIA GENERAL**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de tutor del proyecto de investigación **NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, PARROQUIA SAN JOSÉ DE ANCÓN. SANTA ELENA, 2025**, elaborado por la Srta. ANDREA ELIZABETH EUGENIO MITE, 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, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,

---

Lic. Elsie Antonieta Saavedra Alvarado, Mgtr.

**Docente Tutor**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía constante, fuente de fortaleza, sabiduría y paz en cada etapa de este camino.

A mi familia, pilar fundamental de amor, apoyo y motivación, quienes con sus enseñanzas y sacrificios me han impulsado a no rendirme y a luchar por mis metas.

A mis amigos y seres queridos, por su compañía, palabras de aliento y gestos de cariño que hicieron más llevadero este proceso.

A mis compañeros de trabajo y estudio, por su comprensión y apoyo en los momentos en que las responsabilidades se hicieron más demandantes.

Con profundo agradecimiento, dedico este logro a todos quienes, de una u otra forma, fueron parte de este camino.

Andrea Elizabeth Eugenio Mite

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por brindarme la oportunidad de continuar con mis estudios y formarme profesionalmente en sus aulas.

A mis docentes, en especial a mi tutora Elsie Saavedra, por todas las enseñanzas transmitidas y, sobre todo, por inspirarme a ser investigadora, empática y apasionada por la profesión. Valoro profundamente cada consejo, no solo en el ámbito académico, sino también en mi crecimiento personal y profesional. Gracias por compartir su experiencia, su sabiduría y por brindarme herramientas que me han ayudado a desarrollar un pensamiento crítico y comprometido.

A mis padres, por su confianza y amor desde el primer día en que decidí emprender este camino. Gracias por enseñarme, a través de sus sacrificios, el valor del trabajo honesto y digno. Este logro no es solo el fruto de mi esfuerzo, sino también el reflejo de todo lo que me han brindado: su tiempo, su cariño y, sobre todo, su infinita paciencia.

Andrea Elizabeth Eugenio Mite

## DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

---

Eugenio Mite Andrea Elizabeth

CI: 2400206740

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DECLARACIÓN .....	V
ÍNDICE GENERAL .....	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS .....	IX
RESUMEN .....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I .....	2
1. El problema.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos .....	4
3. Justificación .....	5
CAPITULO II .....	6
2. Marco teórico.....	6
2.1. Fundamentación referencial.....	6
2.2. Fundamentación teórica.....	9
2.3. Fundamentación de enfermería.....	19
2.4. Fundamentación legal .....	20
2.5. Formulación de hipótesis .....	22
2.6. Identificación y clasificación de variables.....	22
2.7. Operacionalización De Las Variables.....	23
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>24</b>
3. Diseño metodológico .....	24
3.1. Tipo de investigación .....	24
3.2. Métodos de investigación.....	24

3.3.Población y muestra .....	25
3.4.Tipo de muestreo .....	26
3.5.Criterios de selección .....	26
3.6.Técnicas de recolección de datos .....	26
3.7.Instrumentos de recolección de datos.....	26
3.8.Aspectos éticos .....	28
CAPITULO IV .....	29
4. Presentación de resultados .....	29
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	29
4.2. Comprobación de hipótesis.....	33
5. Conclusiones .....	34
6. Recomendaciones.....	35
7. Referencias bibliográficas.....	36
8. Anexos .....	39

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de nivel de dependencia funcional según Índice de Barthel en adultos mayores con enfermedades crónicas .....	29
Gráfico 2 Clasificación de enfermedades crónicas reportadas en adulto mayor .....	30
Gráfico 3 Barras cruzadas entre tipo de enfermedad crónica y nivel de dependencia funcional .....	31

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2 Correlación de Pearson entre variables .....	32
--	----

## RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un reto para los sistemas de salud, especialmente en el abordaje de la dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas en la parroquia San José de Ancón, provincia de Santa Elena, durante el año 2025. Se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, utilizando como instrumento el índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional de 20 adultos mayores seleccionados de una población total de 50. Los resultados revelaron que el 50 % de los participantes presentaron independencia funcional, el 25 % dependencia leve o escasa, y el 25 % dependencia moderada. Entre las patologías crónicas más prevalentes se identificaron la hipertensión arterial (50 %), la diabetes mellitus (45 %) y la artrosis (5 %). Se concluye que, si bien la mitad de los adultos mayores evaluados mantienen autonomía en actividades básicas de la vida diaria, existe una proporción significativa con algún grado de dependencia, lo que resalta la necesidad de estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento del cuidado domiciliario y la rehabilitación funcional.

**Palabras clave:** dependencia funcional, adultos mayores, enfermedades crónicas, índice de Barthel, cuidado domiciliario, enfermería comunitaria.

## **ABSTRACT**

Population aging represents a challenge for health systems, especially in addressing functional dependence in older adults with chronic diseases. This study aimed to determine the level of functional dependence in older adults with chronic conditions in the parish of San José de Ancón, province of Santa Elena, during 2025. A quantitative, descriptive approach was used, applying the Barthel Index to assess the functional capacity of 20 older adults selected from a total population of 50. The results showed that 50% of participants were functionally independent, 25% had slight or mild dependence, and 25% had moderate dependence. The most prevalent chronic conditions identified were hypertension (50%), diabetes mellitus (45%), and osteoarthritis (5%). It is concluded that although half of the older adults evaluated maintain autonomy in basic activities of daily living, a significant proportion present some degree of dependence, highlighting the need for intervention strategies focused on strengthening home care and functional rehabilitation.

**Keywords:** functional dependence, older adults, chronic diseases, Barthel Index, home care, community nursing.

## INTRODUCCIÓN

La población envejecida es uno de los procesos demográficos más importantes en América Latina y el Caribe y tiene repercusiones directas en los sistemas de salud, la protección social y las políticas públicas. La región incluyó al 13.4% de personas mayores de 60 años para 2022, como proporción del total de la población; se proyecta que esta proporción alcance el 16.5% para 2030, y la retención y garantía de los derechos de este grupo de edad exige un enfoque universal (CEPAL, Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022).

En este contexto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha destacado la importancia de desarrollar esquemas de cuidado para las personas mayores que sean también universalmente accesibles, sostenibles y que se centren en la dignidad de las personas mayores (CEPAL, Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para personas mayores: Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe., 2023).

Las tendencias demográficas también tienen una relevancia especial en el contexto de Ecuador. Se proyecta que para 2025 la esperanza de vida en Ecuador será de 76.68 años (INEC, 2024) y que el número de adultos mayores superará gradualmente al número de personas menores de 15 años. Este cambio está lleno de desafíos, particularmente en las áreas rurales y semiurbanas donde hay pocas o ninguna instalación para el cuidado geriátrico especializado.

Ante este desafío, la Organización Panamericana de la Salud promueve el llamado enfoque de envejecimiento saludable, que define como la capacidad de mantener la funcionalidad física, cognitiva y emocional en la vejez, a través de entornos que apoyen la autonomía, la participación y servicios de salud de buena calidad (OPS, 2023). La evaluación del estado funcional, y en particular con escalas validadas como el Índice de Barthel, permite conocer los niveles de dependencia en un momento oportuno y elaborar intervenciones, tanto preventivas como de rehabilitación, adaptadas a las diferentes realidades.

Este tema es de particular relevancia en la región. La provincia de Santa Elena, y en particular, la parroquia rural San José de Ancón. Hogar de aproximadamente 7,000 personas, esta comunidad enfrenta barreras estructurales relacionadas con la disponibilidad y calidad del cuidado geriátrico. Sin embargo, a pesar de las iniciativas locales, incluido el Proyecto “Adultos mayor Cien Años Activos” para mejorar el bienestar de los ancianos (Ancón., 2023), el nivel de discapacidad funcional que exhibe este grupo de edad nunca ha sido documentado sistemáticamente.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública a través de sus normas técnicas ha definido que la evaluación funcional debe ser un componente central de la atención integral al adulto mayor, y recomienda una aplicación periódica de pruebas estandarizadas para estratificar la dependencia, y para los profesionales de la salud y la comunidad la orientación de la intervención a implementar (MSP, 2023). No obstante, estas directrices aún no se han implementado a nivel de atención primaria en sectores con menor cobertura geográfica y recursos humanos limitados.

Considerando lo anterior, el objetivo de la presente investigación es estimar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores con enfermedades crónicas en la parroquia de San José de Ancón, en 2025. Recoger esta información no solo ayudará a definir la situación actual, sino también a apoyar la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud pública, reforzar el trabajo de enfermería comunitaria y ayudar en el establecimiento de políticas locales para promover un envejecimiento activo, autónomo y digno.

# CAPITULO I

## 1. El problema

### 1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población es un proceso demográfico acelerado en América Latina y el Caribe. En 2022, el 13.4% de la población del subcontinente tenía 60 años o más, y se anticipa que para 2030 esa proporción aumentará al 16.5%; esto evidencia la importancia de políticas públicas que permitan la inclusión, el respeto a los derechos y el acceso a servicios adecuados para las personas mayores (CEPAL, Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022)

En este contexto, las instituciones globales destacan la importancia de desarrollar sistemas que proporcionen cuidados a largo plazo para preservar el bienestar y la autonomía de las personas mayores cuyas condiciones de dependencia requieren la aplicación de cuidados directos, indirectos, formales o informales (CEPAL, Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para personas mayores: Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe., 2023).

Ecuador no es diferente en este sentido. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos estima que la esperanza de vida será de 76.68 años y que la población mayor seguirá creciendo de manera constante, superando a la de menores de 15 años en el mediano plazo (INEC, 2024). Esta transición es de gran importancia, dada la falta de atención médica y geriátrica en las áreas rurales

La (OPS, 2023) dice que el envejecimiento saludable es el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OPS, 2023). Pero este objetivo se ve obstaculizado cuando las personas tienen enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, osteoartritis, afecciones cardiovasculares y otras), que actúan directamente sobre la autonomía de los ancianos y aumentan su dependencia funcional.

Este es particularmente el caso en la parroquia de San José de Ancón, cantón Santa Elena. A pesar de programas como el “Adultos mayor Cien Años Activos”, llevado a cabo por el gobierno parroquial para promover la inclusión de los ancianos (Ancón., 2023) no hay información sistematizada sobre los niveles de dependencia funcional en este grupo, especialmente entre las personas con enfermedades crónicas.

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023) en Ecuador deja claro en sus normas y protocolos que la evaluación funcional periódica debe ser un eje central de la atención integral para los ciudadanos mayores. Sin embargo, en un número significativo de entornos de atención primaria, especialmente aquellos que ofrecen servicios en áreas rurales, esto no se practica de manera rutinaria, lo que impide la identificación temprana de los niveles de dependencia y la planificación de intervenciones preventivas o de rehabilitación.

La ausencia de datos en la parroquia de San José de Ancón reduce la viabilidad de preparar modelos de atención sanitaria integral a nivel comunitario e institucional. En este sentido, es necesario conocer el nivel de dependencia funcional en individuos mayores con enfermedades crónicas, como apoyo a la toma de decisiones en salud pública para mejorar y fortalecer la atención primaria, y fomentar acciones diseñadas para resultar en un envejecimiento digno y autónomo.

## **1.2. Formulación de la pregunta**

¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, en el año 2025?

## **2. Objetivos de estudio**

### **2.1. Objetivo general**

Evaluar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas del Club del Adulto Mayor “Cien Años Activos”, parroquia San José de Ancón, Santa Elena, durante el año 2025, mediante la aplicación del Índice de Barthel.

### **2.2. Objetivos específicos:**

1. Analizar la prevalencia y características de las enfermedades crónicas frecuentes en los adultos mayores del Club “Cien Años Activos”, para relacionarlas con el grado de dependencia funcional.
2. Aplicar el Índice de Barthel como instrumento de medición estandarizado para valorar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores.
3. Determinar el grado de dependencia funcional obtenido a partir de los resultados del Índice de Barthel, clasificando a los adultos mayores según los niveles de independencia o dependencia.

#### **4. Justificación**

El presente estudio es crítico y necesario debido al aumento continuo de la población anciana en los países de América Latina y el Caribe, donde se anticipa que las personas de 60 años y más constituirán aproximadamente el 16.5% de la población total para el año 2030 (CEPAL, Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022). Esta transición demográfica genera desafíos sociales y de salud urgentes, como la necesidad de establecer redes de atención integrada que respondan a la creciente demanda de servicios para personas con algún nivel de dependencia funcional (CEPAL, Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para personas mayores: Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe., 2023)

El patrón no es diferente en el caso ecuatoriano. La esperanza de vida será de 76.68 años y la población anciana superará cada vez más a los otros grupos de edad (INEC, 2024). Esta situación resulta en una mayor proporción de enfermedades crónicas no transmisibles que pueden impactar la capacidad funcional de los ancianos y, en consecuencia, su autonomía y calidad de vida.

La (OPS, 2023) indica que el envejecimiento saludable es la capacidad de una persona mayor para tener la capacidad de funcionar física y mentalmente, a menudo para poder envejecer en el lugar con los tipos de entornos y servicios que ayudan a la persona a poder permanecer, vivir en el lugar de su elección y poder tener experiencias que le permitan mantenerse lo más independiente posible y también lo más activo posible, y recibir atención y servicios de alta calidad mientras las personas buscan sus propios niveles más altos de bienestar en cualquier punto de la trayectoria del envejecimiento. De esta manera, una determinación del grado de dependencia funcional puede ayudar a esclarecer las necesidades particulares de esta población, especialmente en áreas rurales donde hay recursos limitados para los servicios de salud.

La parroquia San José de Ancón, en la provincia de Santa Elena, ilustra esta situación. Aunque el gobierno local ha promovido la inclusión de los adultos mayores iniciando un programa llamado “Adultos mayor Cien Años Activos”(Ancón., 2023), no existen estudios recientes que proporcionen información sobre el escenario funcional real de los adultos mayores que padecen

enfermedades crónicas. Esta ausencia de conocimiento no permite planificar intervenciones del sector salud ni da a las instituciones la capacidad de responder a la pérdida progresiva de autonomía de esta población.

El nivel de funcionalidad de los ancianos es uno de los factores que debe evaluarse periódicamente dentro del marco de la atención integral en salud, según (MSP, 2023). Sin embargo, estas recomendaciones no se han adoptado uniformemente en los centros de atención primaria rurales, retrasando la intervención oportuna basada en evidencia.

Se puede justificar no solo académicamente, sino también socialmente y para la comunidad que la investigación realmente merece ser realizada. Conocer el nivel de dependencia funcional en los ancianos de la parroquia de San José de Ancón va a ayudar en la toma de decisiones, a reforzar el trabajo de enfermería comunitaria y a orientar el diseño de políticas enfocadas en un envejecimiento activo, autónomo y digno. También contribuirá a la identificación de prioridades de atención y al refuerzo de las redes de apoyo familiar y comunitario, favoreciendo la calidad de vida en esta etapa de la vida.

## CAPITULO II

### 5. Marco teórico

#### 4.1. Fundamentación referencial

Diversos estudios a nivel nacional e internacional han evidenciado la creciente preocupación por el nivel de dependencia funcional en adultos mayores, especialmente en aquellos que conviven con enfermedades crónicas. Esta problemática no solo afecta la calidad de vida del adulto mayor, sino también la dinámica familiar y la sostenibilidad de los sistemas de salud (Durán & Valderrama, 2020). En investigaciones recientes desarrolladas en el contexto latinoamericano, se ha señalado que la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes mellitus y la artrosis contribuyen significativamente a la pérdida progresiva de la autonomía física y mental de los adultos mayores (Mendoza et al., 2022).

En el caso ecuatoriano, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) ha reportado que más del 60% de la población adulta mayor presenta al menos una enfermedad crónica, lo que condiciona su capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (INEC, 2023). Esta situación se agrava en zonas rurales o semiurbanas como la parroquia San José de Ancón, donde el acceso a servicios especializados y programas de atención integral al adulto mayor es limitado (Torres, 2023).

Por su parte, un estudio desarrollado en la provincia de Loja demostró que el 48% de los adultos mayores evaluados presentaban un grado moderado a severo de dependencia funcional, siendo los factores más influyentes la pluripatología, el bajo nivel educativo y el aislamiento social (Jiménez & Carrión, 2021). Este hallazgo coincide con lo señalado por Ramos y Velásquez (2020) en un análisis comparativo realizado en Colombia, donde se identificó una fuerte correlación entre el deterioro funcional y el número de enfermedades crónicas diagnosticadas (Llanos, 2023)..

Asimismo, investigaciones cualitativas han puesto en evidencia la carga emocional y económica que recae sobre los cuidadores, en su mayoría familiares no remunerados, lo cual genera una doble vulnerabilidad en el núcleo familiar (Castro & Morales, 2021). En contextos como el de la costa ecuatoriana, donde persisten desigualdades estructurales, el envejecimiento con enfermedades crónicas constituye un

desafío creciente para las políticas públicas de salud y bienestar social (Conrado, 2016)

Un antecedente clave es el estudio de Hernández et al. (2023) en Manabí, donde se utilizó el índice de Barthel para medir el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. Los resultados revelaron que un 32% tenía dependencia severa, y solo el 18% mantenía su autonomía plena. Este patrón se vuelve alarmante al proyectarse hacia territorios similares, como San José de Ancón, donde no se dispone aún de diagnósticos poblacionales específicos, pero se presume una alta prevalencia de condiciones similares (Montoya & Macías, 2020).

En este marco, también resulta relevante destacar las observaciones de Villavicencio y Andrade (2022), quienes realizaron un estudio transversal en comunidades periurbanas del litoral ecuatoriano. Su investigación determinó que la falta de programas de estimulación física y cognitiva, así como la escasa cobertura de servicios geriátricos, agravan los niveles de dependencia funcional entre los adultos mayores con patologías crónicas. En su análisis, se evidenció que la dependencia no solo se manifiesta a nivel físico, sino también emocional, ya que muchos adultos mayores experimentan sentimientos de inutilidad, depresión y aislamiento, lo que a su vez potencia su deterioro funcional (Peranovich, 2019).

Del mismo modo, López y Zambrano (2021) identificaron que los factores ambientales y sociales, como el tipo de vivienda, el acceso a redes de apoyo y la participación comunitaria, inciden de manera significativa en la progresión del deterioro funcional. En su estudio, aplicado a una muestra de adultos mayores en Guayas, concluyeron que aquellos que vivían solos o sin una red familiar activa tenían mayor probabilidad de presentar niveles avanzados de dependencia, en comparación con quienes contaban con un entorno familiar o comunitario de soporte constante (González, Cardentey, & Juan, 2018).

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha insistido en la necesidad de evaluar la dependencia funcional no solo desde una perspectiva biomédica, sino también desde un enfoque integral que incorpore el contexto sociocultural del adulto mayor. Esto es particularmente pertinente en comunidades como San José de Ancón, donde muchos adultos mayores son migrantes internos que han retornado a sus territorios de origen sin redes de cuidado formal, dependiendo en gran medida del apoyo informal o limitado del sistema de salud local (Linares, 2018).

## **4.2. Fundamentación teórica**

### **4.2.1. Envejecimiento y su impacto en la salud**

El envejecimiento es un proceso biológico, natural e inevitable que afecta progresivamente al ser humano en sus dimensiones física, psicológica y social. A medida que las personas envejecen, su organismo experimenta una serie de cambios que inciden directamente en el funcionamiento del cuerpo y, por ende, en su estado de salud general. Estos cambios incluyen la disminución de la masa muscular, la reducción de la densidad ósea, la pérdida de elasticidad en los vasos sanguíneos, el deterioro del sistema inmunológico y la disminución de la agudeza sensorial, lo cual incrementa la vulnerabilidad frente a enfermedades y accidentes. Además, el envejecimiento suele ir acompañado de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la artrosis, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, que se convierten en condiciones permanentes que deben ser gestionadas durante largos periodos (Lincango, 2024).

Desde el punto de vista psicológico, el envejecimiento también puede conllevar pérdidas cognitivas leves o significativas, afectando funciones como la memoria, la atención y el razonamiento. En algunos casos, estas alteraciones pueden evolucionar hacia trastornos neurodegenerativos como el Alzheimer u otras formas de demencia. En el plano emocional, los adultos mayores también pueden enfrentar sentimientos de soledad, tristeza o ansiedad, especialmente cuando se encuentran desvinculados de sus redes familiares o sociales, lo que repercute directamente en su calidad de vida y en su motivación para mantener conductas saludables (Silguero & Martínez, 2013).

El impacto del envejecimiento en la salud no es uniforme, ya que está mediado por factores como la genética, el estilo de vida, las condiciones socioeconómicas, el entorno, la educación recibida a lo largo de la vida y el acceso a servicios de salud. Por ello, el envejecimiento no debe concebirse exclusivamente como un proceso patológico, sino como una etapa del ciclo vital que puede ser transitada con bienestar si se cuenta con los apoyos necesarios. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud promueve el concepto de envejecimiento activo, entendiendo que las personas mayores pueden seguir siendo autónomas, productivas y saludables si se favorecen condiciones adecuadas en su entorno físico, social y económico (Palomino, 2024).

Sin embargo, cuando el envejecimiento se da en contextos de pobreza, escasa infraestructura sanitaria y baja cobertura de atención médica, como ocurre en muchas comunidades rurales o periféricas, se incrementa el riesgo de dependencia funcional.

La acumulación de enfermedades crónicas sin tratamiento adecuado, la ausencia de políticas públicas inclusivas y el debilitamiento de las redes de cuidado hacen que muchas personas mayores enfrenten un deterioro progresivo de su estado de salud, comprometiendo su autonomía y generando una carga significativa tanto para ellos como para sus familias. En este marco, abordar el envejecimiento desde una perspectiva integral, preventiva y comunitaria se convierte en un reto prioritario para los sistemas de salud y para la sociedad en su conjunto (Marín, 2024).

#### **4.2.2. Factores de riesgo**

Es importante entender que los adultos mayores son más propensos a los factores de riesgo que afecten directamente a su salud, debido a que, dependiendo las situaciones las personas tienden a caer en la tristeza y el sedentarismo. También, la disminución de los genes por los años, generan problemas visuales, de movimientos, problemas orgánicos y la falta de actividad física, la compañía y el trato con respeto, provocan el uso de medicamentos para mejorar su bienestar lo que empeora los problemas (Borges & Kozoroski, 2022).

Existen factores, comportamientos, formas de vivir o circunstancias que nos ponen en más riesgo de desarrollar una enfermedad. En este contexto, nos centraremos en las enfermedades cardiovasculares, ya que estos elementos aumentan la probabilidad de que se produzcan estas condiciones de salud.

#### **4.2.3. Enfermedades crónicas en adultos mayores**

Las enfermedades crónicas en adultos mayores representan uno de los principales desafíos para la salud pública en el siglo XXI, debido al aumento sostenido de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población mundial. Estas enfermedades, también llamadas no transmisibles, se caracterizan por su larga duración, progresión lenta y, en muchos casos, por no tener una cura definitiva, lo que obliga a las personas a vivir con ellas durante años o incluso décadas. En la vejez, su presencia es mucho más frecuente, ya que el cuerpo envejecido experimenta una disminución de sus funciones fisiológicas, lo que lo hace más susceptible a padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la artrosis, las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los trastornos neurodegenerativos como el Alzheimer y otras demencias (Rosero, 2023).

Estas patologías no solo afectan el estado físico del adulto mayor, sino que también deterioran su capacidad funcional, es decir, su posibilidad de realizar por sí mismo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como alimentarse, vestirse, moverse, cocinar, manejar dinero o tomar medicamentos. Cuando estas funciones comienzan a verse comprometidas, se incrementa el riesgo de dependencia, es decir, la necesidad de asistencia constante por parte de otra persona, lo que impacta directamente en su calidad de vida y en la dinámica familiar. Muchas veces, los adultos mayores con enfermedades crónicas enfrentan múltiples diagnósticos simultáneos, lo que se conoce como comorbilidad o pluripatología. Esta condición complejiza aún más su tratamiento, genera una mayor carga farmacológica (polifarmacia) y aumenta el riesgo de efectos adversos, hospitalizaciones frecuentes y deterioro cognitivo (Mémdez, 2005).

A nivel emocional, el diagnóstico y la convivencia diaria con enfermedades crónicas pueden desencadenar estados de ansiedad, depresión y frustración, sobre todo cuando estas limitan la autonomía o provocan dolor crónico. Este malestar psicológico puede verse agravado si el adulto mayor no cuenta con una red de apoyo familiar o comunitaria, o si enfrenta barreras de acceso a los servicios de salud, como ocurre en zonas rurales o sectores con escasos recursos, donde la atención médica especializada para adultos mayores es deficiente o inexistente. En el caso del Ecuador, estudios recientes muestran que más del 60% de las personas mayores de 65 años viven con al menos una enfermedad crónica, y un porcentaje significativo tiene dos o más condiciones simultáneas. Esta realidad plantea la urgencia de implementar programas de prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades crónicas, considerando el contexto socioeconómico, cultural y territorial de cada región (Nazate & Pozo, 2021).

Las enfermedades crónicas no solo representan un problema médico, sino también social y económico, ya que generan altos costos para las familias y los sistemas de salud. Además, impactan en la sostenibilidad del cuidado, ya que muchas veces los cuidadores son familiares sin preparación, que deben asumir esta responsabilidad sin apoyo institucional. Por esta razón, es fundamental promover modelos de atención integral centrados en la persona mayor, que contemplen no solo el tratamiento médico, sino también el fortalecimiento del entorno familiar, la rehabilitación funcional y la promoción de estilos de vida saludables. En definitiva, abordar las enfermedades crónicas en adultos mayores requiere de un enfoque multidisciplinario y humanizado, que reconozca al envejecimiento no como una enfermedad, sino como una etapa que merece dignidad, autonomía y bienestar, incluso en medio de condiciones adversas (Conrado, 2016).

#### 4.2.4. Dependencia funcional en la vejez

La dependencia funcional en la vejez es una condición que se manifiesta cuando una persona adulta mayor pierde, de forma parcial o total, la capacidad para realizar por sí misma las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas actividades comprenden tareas esenciales como alimentarse, bañarse, vestirse, movilizarse, controlar esfínteres, preparar alimentos, manejar dinero, tomar medicamentos o utilizar medios de transporte. La pérdida de estas capacidades no ocurre de manera repentina, sino que es el resultado de un proceso progresivo influenciado por factores físicos, mentales, emocionales y sociales que se acumulan con el tiempo. En muchos casos, esta pérdida de funcionalidad está estrechamente vinculada con la presencia de enfermedades crónicas, accidentes o deterioro cognitivo, aunque también puede deberse a condiciones psicosociales como la soledad, la pobreza, el aislamiento o la falta de redes de apoyo (Durán & Valderrama, 2020).

En la vejez, la dependencia funcional representa una de las expresiones más visibles de la fragilidad, ya que coloca al adulto mayor en una situación de vulnerabilidad, donde su bienestar y seguridad dependen del cuidado de otras personas, ya sean familiares, cuidadores formales o instituciones. Esta situación no solo afecta su autonomía, sino que también puede impactar negativamente en su autoestima, su salud mental y su calidad de vida. Muchos adultos mayores dependientes experimentan sentimientos de frustración, inutilidad, tristeza o culpa, especialmente cuando perciben que representan una carga para sus familias. Además, esta dependencia genera una fuerte presión sobre los cuidadores, quienes deben reorganizar su vida personal y laboral para brindar atención constante, muchas veces sin contar con recursos, formación o acompañamiento profesional (González, Cardentey, & Juan, 2018).

La dependencia funcional puede clasificarse en distintos niveles: leve, moderada y severa, dependiendo del grado de ayuda que la persona requiera. Para su evaluación, se utilizan instrumentos estandarizados como el Índice de Barthel, que mide la capacidad del individuo para realizar actividades básicas, o la Escala de Lawton y Brody, que evalúa funciones más complejas e instrumentales. Estos instrumentos permiten no solo identificar el nivel de deterioro, sino también orientar la planificación de intervenciones adecuadas, desde la rehabilitación física y ocupacional hasta el diseño de entornos accesibles y programas de apoyo al cuidador.

Cabe destacar que la dependencia funcional no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Si bien es cierto que el riesgo aumenta con la edad, muchos factores pueden prevenir o retrasar su aparición, como la actividad física regular, una alimentación saludable, el

control de enfermedades crónicas, la participación social y el acceso a servicios de salud integrales. En este sentido, el enfoque de envejecimiento activo promovido por la Organización Mundial de la Salud plantea la importancia de mantener la funcionalidad durante toda la vida, reconociendo que la autonomía y la capacidad de decidir sobre la propia vida son fundamentales para el bienestar del adulto mayor (Linares, 2018).

En contextos como los de comunidades rurales o periféricas, donde las condiciones estructurales son más desfavorables, la dependencia funcional en la vejez se vuelve aún más crítica, pues se combina con la falta de infraestructura sanitaria, la escasa oferta de servicios especializados y la sobrecarga en los hogares. Por ello, es fundamental que las políticas públicas reconozcan la importancia de detectar tempranamente los signos de dependencia, brindar atención integral y fortalecer las redes comunitarias de cuidado. En definitiva, hablar de dependencia funcional en la vejez es hablar del derecho a envejecer con dignidad, sin perder el sentido de identidad y pertenencia, aun cuando el cuerpo comience a requerir ayuda para seguir adelante

#### **4.2.5. Capacidad funcional**

La capacidad funcional es una de las variables esenciales para un envejecimiento saludable, como objetivo principal a nivel mundial destinado a la autonomía de la tercera edad en el que se debe englobar la calidad de vida, subrayando la necesidad de conservar la capacidad funcional en lo que respecta al poder ser (Marquez, Centorbi, & Díaz, 2025).

Por otra parte, existen investigaciones en donde el entorno domiciliario define la capacidad funcional no solamente de las personas de tercera edad, sino engloba a todas las personas que realizan actividades diariamente sin la supervisión de alguien más. En consecuencia, resulta ser la causa cada vez más importante en realizar una evaluación inicial y durante el desarrollo de la funcionalidad, con el propósito de reconocer a aquellos individuos que se encuentran en situaciones de riesgo y necesiten una intervención efectiva (Roure, Nuin, Rodríguez, & Escobar, 2022)

El conjunto de las capacidades físicas y mentales de una persona es conocido como la capacidad funcional, en el cual por medio de pruebas se verifica si la persona puede cuidarse de ella misma, realizar actividades, ser sociable y una toma de decisiones que no afecte su vida.

#### **4.2.6. El rol del entorno familiar y comunitario**

El entorno familiar y comunitario desempeña un papel fundamental en la vida de los adultos mayores, especialmente cuando enfrentan situaciones de dependencia funcional derivadas del envejecimiento o de enfermedades crónicas. A medida que una persona mayor comienza a perder su autonomía para realizar las actividades cotidianas, el apoyo que recibe de su entorno inmediato se vuelve crucial no solo para garantizar su bienestar físico, sino también para preservar su salud mental, su estabilidad emocional y su sentido de pertenencia. En este contexto, la familia suele ser el primer y principal soporte, asumiendo tareas de cuidado que incluyen desde la administración de medicamentos, la asistencia en la higiene personal, la alimentación y la movilización, hasta la compañía emocional y la gestión de citas médicas (Llanos, 2023).

Este acompañamiento familiar, sin embargo, no está exento de desafíos. En la mayoría de los casos, el cuidado de una persona mayor recae sobre un miembro de la familia usualmente una hija, nuera o incluso una pareja también envejecida que asume este rol sin una formación profesional en salud, sin apoyo económico y sin tiempo suficiente, lo que puede derivar en sobrecarga física, emocional y mental. Este fenómeno, conocido como “síndrome del cuidador”, afecta significativamente la calidad de vida del cuidador y puede generar sentimientos de agotamiento, ansiedad, frustración e incluso abandono del rol. Al mismo tiempo, cuando los cuidadores no cuentan con una red de apoyo adecuada o enfrentan condiciones socioeconómicas precarias, la calidad del cuidado brindado al adulto mayor también se ve comprometida, lo que puede acelerar su deterioro funcional o emocional (Marín, 2024).

Por otra parte, el entorno comunitario también influye de manera significativa en la experiencia del envejecimiento. La comunidad puede ser un espacio de inclusión, participación y respaldo social, o puede convertirse en un escenario de aislamiento, indiferencia y exclusión, dependiendo del grado de sensibilización, organización y políticas existentes en el territorio. Cuando existen redes comunitarias activas, centros de atención diurna, grupos de apoyo, organizaciones barriales o servicios de atención domiciliaria, se amplían las posibilidades para que el adulto mayor viva de forma más independiente, integrada y segura. Además, la participación en actividades comunitarias puede estimular las funciones cognitivas, emocionales y sociales del adulto mayor, reduciendo la sensación de soledad y mejorando su calidad de vida (Montoya & Macías, 2020).

Sin embargo, en zonas rurales o periféricas, como muchas comunidades del Ecuador, el acceso a servicios comunitarios especializados es escaso o nulo, lo que obliga a que todo el peso del cuidado recaiga en la familia. Esta situación se agrava cuando las familias también enfrentan otras

problemáticas estructurales como el desempleo, la migración de hijos, la pobreza o el hacinamiento, lo que limita su capacidad para asumir el cuidado de forma digna y sostenible. En estos casos, el abandono, el maltrato o la negligencia hacia los adultos mayores pueden convertirse en realidades silenciosas y normalizadas.

Por ello, es urgente que las políticas públicas no solo se enfoquen en los adultos mayores como individuos, sino que también consideren el fortalecimiento del entorno familiar y comunitario como parte de una estrategia integral de atención. Es necesario brindar apoyo a los cuidadores familiares mediante formación, ayuda económica, asistencia psicológica y espacios de respiro. Al mismo tiempo, se debe promover la creación de redes de cuidado comunitario, donde se articulen esfuerzos entre el Estado, organizaciones sociales, centros de salud y la misma comunidad. En definitiva, el entorno familiar y comunitario no solo sostiene al adulto mayor en su fragilidad, sino que puede convertirse en la clave para garantizar un envejecimiento digno, activo y humano (Mémdez, 2005).

#### **4.2.7. Políticas públicas y atención al adulto mayor**

Las políticas públicas dirigidas a la atención del adulto mayor constituyen un componente esencial en el diseño de sociedades inclusivas, equitativas y solidarias, especialmente en contextos donde el envejecimiento poblacional avanza de manera acelerada. Estas políticas no solo buscan responder a las necesidades específicas de las personas mayores en términos de salud, protección social, seguridad económica y participación, sino que también deben anticiparse a los cambios demográficos y estructurales que trae consigo una población que envejece. En este sentido, la atención al adulto mayor no puede limitarse a medidas asistencialistas o de corto plazo, sino que requiere una planificación intersectorial, sostenible y centrada en los derechos humanos.

En el caso de Ecuador, el marco normativo que protege a las personas adultas mayores está sustentado en la Constitución de la República, que en su artículo 36 establece que este grupo es sujeto de atención prioritaria, y en la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM), que define los derechos, deberes y mecanismos de protección para garantizar una vejez digna, activa y participativa. Esta ley contempla aspectos fundamentales como el acceso preferente a los servicios de salud, la exoneración de impuestos en ciertos productos y servicios, la atención geriátrica especializada, el fomento de la participación social y el derecho a vivir en un entorno libre de violencia y abandono. Sin embargo, a pesar de estos avances legislativos, la implementación práctica de estas políticas aún enfrenta limitaciones significativas en términos de cobertura, calidad, presupuesto y articulación entre instituciones (Nazate & Pozo, 2021).

Uno de los desafíos más importantes radica en el acceso a servicios de salud integrales y adecuados. Si bien existen programas como el envejecimiento saludable del Ministerio de Salud Pública, estos no siempre llegan con regularidad a las zonas rurales o periféricas, donde habita una gran parte de la población adulta mayor. La falta de unidades móviles, la escasez de médicos geriatras, la ausencia de servicios de rehabilitación y la desinformación sobre los derechos de los adultos mayores contribuyen a una atención fragmentada e insuficiente. A esto se suma el hecho de que muchas personas mayores no están afiliadas a la seguridad social o han perdido el acceso a servicios debido a su situación laboral informal o de pobreza.

Por otra parte, en el ámbito de la protección social, los bonos de asistencia económica como el Bono de Desarrollo Humano para adultos mayores cumplen un papel importante para aliviar la pobreza extrema, pero no alcanzan a cubrir los costos reales que implica el cuidado de una persona en situación de dependencia funcional. Además, la mayoría de estos bonos se entregan sin una evaluación profunda del entorno familiar ni una vinculación con servicios complementarios de salud, vivienda o recreación. En ese sentido, la atención integral sigue siendo una deuda pendiente (Palomino, 2024).

Otro eje clave de las políticas públicas para el adulto mayor debe ser la promoción de su participación activa en la vida comunitaria. Muchas veces se considera a las personas mayores como sujetos pasivos, dependientes o desvinculados de la sociedad, cuando en realidad, con las condiciones adecuadas, pueden continuar aportando con su experiencia, conocimientos y liderazgo. Programas de envejecimiento activo, alfabetización digital, voluntariado, cultura y deporte son esenciales para prevenir el aislamiento y mantener las capacidades físicas, cognitivas y sociales de este grupo etario.

Finalmente, es fundamental que las políticas públicas sobre envejecimiento y vejez se construyan con la participación directa de los propios adultos mayores, reconociendo su voz en el diseño, ejecución y evaluación de programas. La inclusión activa de este grupo en la toma de decisiones garantiza que las respuestas sean más ajustadas a sus necesidades reales y refuerza el enfoque de derechos. En resumen, una sociedad que cuida a sus personas mayores no solo garantiza justicia social y bienestar, sino que también construye un modelo de convivencia intergeneracional más humano y sostenible. La atención al adulto mayor, por tanto, no debe verse como una carga, sino como una oportunidad para fortalecer el tejido social y afirmar los valores de dignidad, solidaridad y respeto (Torres, 2023).

#### **4.2.8. Calidad de vida**

Las familias constituyen la base fundamental para el apoyo y la atención de las personas mayores. Según Pinilla et al., (2022) en la actualidad existen varias instituciones que ofrecen servicios de ciudad, contribuyen a mantener la fortaleza y sus habilidades, como también aportan con los cuidados externos que promueven la dignidad, pero se necesita de paciencia, respeto y dedicación.

El cuidado de un anciano a menudo siempre presenta dificultades complejas por parte del cuidador, pues se ve afectado por el aprecio, la responsabilidad, el sentido del deber (Ministerio de Salud Pública, 2020). Pero, esta persona tiene la responsabilidad de ofrecer asistencia física como emocional de acuerdo con las necesidades que lo requiera la persona mayor, además, de poseer conocimientos sobre las prácticas de higiene como requisito esencial para evitar problemas de la piel (Rojas, Fernández, & Girón, 2021).

#### **4.2.9. Teoría del envejecimiento activo**

La Teoría del Envejecimiento Activo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, surge como una respuesta al cambio demográfico global que ha llevado a un aumento sostenido de la población adulta mayor. Este enfoque plantea un cambio de paradigma respecto a cómo se entiende el proceso de envejecimiento, pasando de una visión tradicional centrada en la enfermedad, la dependencia y la pasividad, a una perspectiva positiva, participativa y centrada en los derechos. El envejecimiento activo se define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En otras palabras, no se trata únicamente de vivir más años, sino de que esos años adicionales se vivan con plenitud, dignidad y autonomía.

Uno de los pilares fundamentales de esta teoría es el reconocimiento de que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, determinado por múltiples factores que interactúan desde etapas tempranas de la vida. Por tanto, el bienestar en la vejez no depende únicamente de los aspectos médicos, sino también de las condiciones sociales en las que las personas envejecen. Desde esta perspectiva, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que puede mantenerse o recuperarse a través de la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades crónicas, el acceso a servicios de salud y la rehabilitación oportuna cuando exista deterioro funcional (Silguero & Martínez, 2013).

Otro componente clave del envejecimiento activo es la participación. Esta se refiere a la posibilidad de que las personas mayores se mantengan involucradas en la vida social, cultural, económica y cívica de sus comunidades, según sus capacidades e intereses. El modelo rechaza la idea de que envejecer implica retirarse del espacio público o dejar de ser útiles, y en cambio promueve la inclusión de las personas mayores como sujetos activos, con saberes y experiencias valiosas que deben ser reconocidos y aprovechados por la sociedad. Participar, además, es una forma de fortalecer el sentido de propósito, prevenir el aislamiento social y reducir el riesgo de deterioro cognitivo y emocional.

Asimismo, la seguridad es otro eje fundamental en esta teoría. Se refiere al entorno físico, social y económico en el que envejecen las personas. Tener ingresos suficientes, acceso a una vivienda digna, transporte seguro, protección frente a la violencia, y políticas públicas que respalden los derechos de los adultos mayores son aspectos esenciales para garantizar que el proceso de envejecimiento se dé en condiciones adecuadas. La inseguridad, en cambio, aumenta el riesgo de dependencia, exclusión y vulnerabilidad.

La Teoría del Envejecimiento Activo también reconoce la diversidad de situaciones en la vejez. No todas las personas mayores enfrentan el envejecimiento desde las mismas oportunidades. Las mujeres, por ejemplo, tienden a vivir más años, pero muchas veces en peores condiciones de salud y con menos ingresos. Las personas mayores que viven en zonas rurales, como en la parroquia San José de Ancón, también suelen tener menos acceso a servicios de salud, programas comunitarios o espacios adecuados para el ejercicio de su autonomía. Por ello, el enfoque de envejecimiento activo requiere de políticas públicas intersectoriales, con enfoque territorial, de género y derechos humanos, que reduzcan las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida (Peranovich, 2019).

En definitiva, la Teoría del Envejecimiento Activo propone una visión transformadora y humanizada de la vejez. Reconoce que envejecer no es sinónimo de enfermedad ni de pasividad, sino una etapa valiosa de la vida que puede estar llena de sentido, actividad y bienestar. Este enfoque invita tanto a los gobiernos como a la sociedad en general a replantear sus actitudes, prácticas y políticas hacia las personas mayores, promoviendo entornos amigables, servicios adecuados y una cultura que valore el aporte de quienes envejecen. En este marco, abordar temas como la dependencia funcional y las enfermedades crónicas no debe hacerse desde la resignación, sino desde la acción colectiva para que todas las personas puedan envejecer activamente, con derechos y en plenitud.

#### 4.2.10. Teoría de la Continuidad

La Teoría de la Continuidad, desarrollada por Robert Atchley en 1989, ofrece una perspectiva distinta y profundamente humana sobre el proceso de envejecimiento. Esta teoría sostiene que las personas, a medida que envejecen, tienden a mantener los mismos patrones de pensamiento, comportamiento, relaciones sociales y estilos de vida que adoptaron durante su juventud y adultez. En otras palabras, la vejez no representa necesariamente una ruptura con las etapas anteriores de la vida, sino una prolongación de ellas, adaptada a las nuevas circunstancias físicas, emocionales y sociales propias del envejecimiento. Esta continuidad actúa como un mecanismo psicológico y adaptativo que permite a las personas conservar un sentido de identidad, estabilidad y control a lo largo del tiempo (Peranovich, 2019).

La teoría parte del principio de que los seres humanos buscan coherencia en sus vidas, y que los cambios bruscos o forzados pueden generar desorientación, ansiedad y malestar. Por ello, cuando un adulto mayor puede conservar sus hábitos, rutinas, vínculos afectivos y valores personales, incluso frente a los desafíos de la edad, es más probable que experimente una vejez satisfactoria y con mayor bienestar emocional. Esta idea se contrapone a enfoques más tradicionales que solían asociar el envejecimiento con el retiro social, el desapego o la pasividad. En lugar de ello, Atchley plantea que muchos adultos mayores desean seguir participando, aprendiendo, tomando decisiones y contribuyendo, en la medida en que sus condiciones se lo permitan, tal como lo hacían en etapas anteriores.

Un aspecto interesante de la Teoría de la Continuidad es que reconoce tanto la continuidad interna como la continuidad externa, que abarca el entorno, las relaciones sociales, los roles ocupacionales y las actividades cotidianas. Por ejemplo, un adulto mayor que en su vida activa fue una persona sociable y participativa, probablemente buscará continuar con esas características a través de actividades comunitarias, voluntariado o reuniones familiares. Del mismo modo, alguien que valoraba la rutina y la organización probablemente tratará de mantener esos mismos hábitos durante la vejez, como una forma de sentirse en control frente a los cambios inevitables del envejecimiento (Panchana, 2020).

La teoría también tiene implicaciones importantes en el ámbito de la salud y el cuidado. Cuando un adulto mayor desarrolla una enfermedad crónica o enfrenta una situación de dependencia funcional, la posibilidad de mantener cierta continuidad con su estilo de vida anterior puede ser un factor protector frente al deterioro emocional y psicológico. Por ejemplo, conservar rutinas significativas, participar en decisiones sobre su tratamiento, mantener vínculos afectivos estables o continuar con pasatiempos adaptados a sus capacidades, puede ayudar a preservar su identidad y

dignidad. Por el contrario, cuando el envejecimiento se vive como una pérdida total de autonomía, de sentido y de vínculos, es más probable que se presenten sentimientos de frustración, depresión o desconexión con la vida.

#### **4.2.11. Teoría del Déficit**

La Teoría del Déficit, también conocida como Teoría de la Desvinculación, fue una de las primeras teorías desarrolladas para explicar el proceso de envejecimiento desde una perspectiva sociológica. Propuesta por Elaine Cumming y William Henry en la década de 1960, esta teoría sostiene que el envejecimiento implica, de manera natural y progresiva, una desvinculación gradual del individuo con la sociedad. Según esta visión, tanto las personas mayores como la sociedad en su conjunto participan de un proceso mutuo de separación: los adultos mayores tienden a retirarse de sus roles sociales, laborales y comunitarios, mientras que la sociedad les otorga cada vez menos protagonismo y responsabilidades. Esta desvinculación sería, desde esta perspectiva, adaptativa y funcional, pues permitiría al individuo prepararse para el final de la vida mientras que la sociedad se reorganiza para reemplazar esos roles con miembros más jóvenes (Palomino, 2024).

La teoría plantea que, con el paso del tiempo, y ante el deterioro físico, cognitivo o emocional, las personas mayores reducen sus interacciones sociales, pierden interés en ciertas actividades o son desplazadas de espacios productivos. Este alejamiento sería interpretado como un proceso normal, incluso deseable, ya que permitiría a las personas enfocarse en su mundo interior, en la introspección y en el cierre de ciclos vitales. La desvinculación, entonces, no se presenta como una pérdida forzada, sino como una transición natural hacia una nueva etapa de la vida, caracterizada por la aceptación de los límites y por la preparación emocional para la muerte.

Sin embargo, esta teoría ha sido fuertemente criticada a lo largo del tiempo por su visión reduccionista y por promover un enfoque pasivo del envejecimiento. Diversas investigaciones posteriores demostraron que no todos los adultos mayores desean o necesitan desvincularse socialmente para tener una vejez satisfactoria. De hecho, se ha evidenciado que muchas personas mayores se benefician del contacto social, del voluntariado, del aprendizaje continuo, del ejercicio físico y de la participación en actividades comunitarias, incluso en edades avanzadas. En este sentido, la teoría del déficit fue considerada por muchos como una interpretación que respondía más a prejuicios sociales que a una realidad universal.

No obstante, resulta importante rescatar el valor histórico de esta teoría, ya que abrió el camino al estudio del envejecimiento como un proceso con características propias, marcadas por transformaciones en la identidad y en el rol social. Además, en ciertos contextos o condiciones,

algunos aspectos de la desvinculación pueden ser observables y relevantes. Por ejemplo, cuando una persona mayor enfrenta una enfermedad crónica o un alto grado de dependencia funcional, puede verse forzada a reducir sus relaciones sociales o sus actividades previas. En estos casos, la desvinculación no siempre es una elección, sino una consecuencia de factores como la discapacidad, la falta de redes de apoyo, la exclusión social o la inaccesibilidad del entorno.

Desde una mirada crítica y actual, la teoría del déficit puede ser reinterpretada para entender cómo la sociedad muchas veces contribuye activamente a la marginación de las personas mayores, al limitar sus oportunidades de participación, al invisibilizar sus necesidades o al no ofrecer condiciones adecuadas para su integración. En comunidades donde los servicios de salud, transporte, recreación o educación no están adaptados a las personas mayores, es la propia estructura social la que empuja al aislamiento y la desvinculación.

Por ello, si bien la Teoría del Déficit no se considera hoy una guía adecuada para diseñar políticas públicas sobre envejecimiento, sigue siendo útil como punto de partida para reflexionar sobre los modelos sociales que perpetúan la exclusión de los adultos mayores. Contrastar esta teoría con enfoques más modernos, como el envejecimiento activo o la gerontología social, permite comprender que la desvinculación no debe asumirse como un destino inevitable, sino como una realidad que puede y debe ser transformada mediante acciones que valoren la autonomía, la participación y la dignidad de las personas mayores en todas las etapas de su vida.

### **4.3. Fundamentación de enfermería**

#### **4.3.1. *Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem***

La enfermería, como ciencia del cuidado, desempeña un papel fundamental en la atención integral de los adultos mayores, especialmente aquellos que presentan enfermedades crónicas que comprometen su autonomía y funcionalidad. En este contexto, el profesional de enfermería no solo asume un rol asistencial, sino también educativo, preventivo y rehabilitador, orientado a preservar o mejorar la capacidad funcional del adulto mayor.

Desde una perspectiva teórica, este estudio se respalda en el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, el cual sostiene que los individuos tienen la capacidad y responsabilidad de cuidar de sí mismos en la medida de lo posible. Sin embargo, cuando esta capacidad se ve afectada —como ocurre con frecuencia en adultos mayores con patologías crónicas— el rol de la enfermería es suplir total o parcialmente estas limitaciones mediante acciones de cuidado individualizado.

Asimismo, el Modelo de Adaptación de Roy permite comprender cómo los adultos mayores responden a los estímulos generados por enfermedades crónicas. La enfermería, bajo esta mirada, interviene para facilitar respuestas adaptativas, promoviendo el equilibrio físico y emocional, y favoreciendo la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

La aplicación del Índice de Barthel como herramienta de valoración funcional permite al profesional de enfermería identificar el grado de dependencia en áreas clave del autocuidado, lo que posibilita diseñar planes de cuidado específicos, dirigidos a mantener la independencia o prevenir el deterioro progresivo. Esta evaluación funcional constituye la base para implementar estrategias de rehabilitación física, cuidado domiciliario y apoyo familiar, promoviendo una mejor calidad de vida en la vejez.

#### **4.4. Fundamentación legal**

**Art. 35.-** El presente estudio se enmarca en una sólida base legal que respalda el derecho a la salud, a la atención integral y a la vida digna de las personas adultas mayores en el Ecuador. En primer lugar, la Constitución de la República del Ecuador (2008), en su artículo 35, reconoce a las personas adultas mayores como grupos de atención prioritaria y dispone que el Estado les garantizará la atención especializada en salud, la rehabilitación integral y la protección frente a situaciones de dependencia o vulnerabilidad.

**Art. 36.-** norma constitucional establece que la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado, a través de políticas públicas, acceso universal y atención oportuna, con un enfoque integral y preventivo. Esto incluye la atención funcional de los adultos mayores que, producto de enfermedades crónicas, pueden experimentar grados variables de dependencia.

**Art.4.-** La Ley Orgánica de Personas Adultas Mayores (Reformada en 2019) también sustenta este estudio, específicamente en su artículo 4, que establece el derecho a una atención integral en salud, incluyendo acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

**Art.5.-** dispone la obligación del Estado y del personal de salud de realizar valoraciones periódicas de la funcionalidad y dependencia de los adultos mayores, para diseñar planes de intervención adecuados.

**Art.7.-** Garantiza la aplicación de protocolos, guías clínicas y herramientas técnicas como el Índice de Barthel para la evaluación funcional, lo cual permite tomar decisiones en favor de la autonomía y calidad de vida del adulto mayor.

#### **4.5. Formulación de hipótesis**

**H<sub>0</sub>:** El nivel de dependencia funcional no está influido por la presencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, 2025.

**H<sub>1</sub>:** El nivel de dependencia funcional está influido por la presencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, 2025.

#### **4.6. Identificación y clasificación de variables**

**Variable Independiente:**

Presencia de enfermedad crónica

**Variable Dependiente:**

Nivel de dependencia funcional

#### 4.7. Operacionalización De Las Variables

**Tabla 2**

*Matriz de operacionalización de variables*

HIPÓTESIS	La presencia de enfermedades crónicas influye en el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, 2025.					
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Presencia de enfermedad crónica	Presencia de enfermedad crónica: Patologías no transmisibles de curso prolongado que afectan la salud.	Diagnóstico informado por el adulto mayor o cuidador.	Tipo de enfermedad	Hipertensión Diabetes Artrosis	Nominal Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Nivel de dependencia funcional	Nivel de dependencia funcional: Grado de autonomía o dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).	Evaluación mediante el Índice de Barthel, compuesto por 10 ítems.	Áreas funcionales	Alimentación Baño Vestido Deposiciones Micciones Aseo personal Uso de retrete Transferencias Deambulaci3n Escaleras	(Barthel: Dependencia total, severa, moderada, leve, independiente)	Índice de Barthel

## CAPITULO III

### 5. Diseño metodológico

#### 5.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, ya que tiene como objetivo determinar y describir el nivel de dependencia funcional de los habitantes ancianos con enfermedades crónicas en la parroquia de San José de Ancón. Este método permite describir de manera no invasiva la presencia de una condición, bajo una condición de no manipulación de variables, concentrándose, en cambio, en una descripción anatómica y funcional detallada de esta población. El objetivo del estudio no es determinar la causalidad, sino proporcionar un diagnóstico robusto y organizado de la situación funcional de las personas mayores, lo cual es fundamental para la toma de decisiones en términos de salud pública, especialmente en las áreas menos atendidas y con alta vulnerabilidad social.

#### 5.2. Diseño de investigación

El diseño utilizado en este estudio es cuantitativo porque incluye la recopilación de datos numéricos mediante instrumentos estandarizados para evaluar la dependencia funcional. Este método permite una medición precisa y reproducible de la variable analizada y posibilita realizar un análisis estadístico de los resultados

La selección de un diseño cuantitativo es adecuada, ya que el principal instrumento utilizado, el índice de Barthel, es una escala ampliamente aplicada para evaluar la autonomía de las personas mayores en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por lo tanto, los resultados del estudio pueden ser utilizados para desarrollar intervenciones y planificar la atención sanitaria a nivel de subpoblación.

### 5.3. Población y muestra

**Población:** a población del estudio estuvo conformada por 50 adultos mayores residentes en la parroquia San José de Ancón, en la provincia de Santa Elena, que presentaban al menos una enfermedad crónica diagnosticada (hipertensión arterial, diabetes mellitus o artrosis) y que se encontraban en condiciones de ser evaluados en su entorno domiciliario.

**Muestra:** Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de accesibilidad, consentimiento informado y disposición para participar. La muestra final estuvo compuesta por 20 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta cantidad fue suficiente para obtener una primera aproximación descriptiva del nivel de dependencia funcional en la población objetiva.

$$Z_n = (N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q) / ((N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q)$$

Donde:

- $n$  = tamaño de la muestra
- $N$  = tamaño de la población (50)
- $Z = 1.96$  (nivel de confianza del 95%)
- $p = 0.5$  (probabilidad de ocurrencia)
- $q = 0.5$  ( $1 - p$ )
- $E = 0.1714$  (margen de error estimado  $\approx 17.14\%$ )

Sustituimos en la fórmula:

$$n = (50 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5) / ((50 - 1) \cdot 0.1714^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5)$$

$$n = (50 \cdot 3.8416 \cdot 0.25) / (49 \cdot 0.0294 + 0.9604)$$

$$n = (48.02) / (1.4406 + 0.9604)$$

$$n = 48.02 / 2.401$$

$$n \approx 20.01$$

Por lo tanto, con un margen de error del 17.14%, una población de 50 adultos mayores, y un nivel de confianza del 95%, el tamaño de muestra requerido es de aproximadamente 20 personas

## **5.4. Tipo de muestreo**

Se utilizó muestreo aleatorio simple, es decir todos en la población de ancianos tienen una probabilidad de ser incluidos. Este enfoque es natural dado el tamaño de la población y la capacidad de obtener acceso directo a los participantes.

El muestreo aleatorio simple también ayuda a reducir sesgos de selección y añade más fiabilidad a los resultados. Además, dado que se encuentra en un área geográficamente confinada, su implementación es plausible; por lo tanto, podemos tener datos representativos

### **5.1.1. Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de 6 años o más.
- Residir permanentemente en la parroquia San José de Ancón, Santa Elena.
- Presentar al menos una enfermedad crónica diagnosticada (Hipertensión, diabetes o artrosis).

#### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores con deterioro cognitivo grave que impida la recolección confiable de la información.
- Personas con Enfermedades agudas o en estado crítico al momento del estudio.

## **5.5. Técnicas de recolección de datos**

La técnica prevalente fue la encuesta estructurada a través de entrevistas personales, en la cual se registró la dependencia funcional de cada beneficiario. El instrumento fue el Índice de Barthel y fue realizado por personal previamente calificado para conocer los ítems y la fiabilidad de las respuestas.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de los participantes mayores o en alguna área comunitaria local diseñado para proporcionar un entorno privado y cómodo.

## **5.6. Instrumentos de recolección de datos**

El instrumento utilizado para la medición fue el Índice de Barthel, que es ampliamente reconocido y validado internacional y nacionalmente para la evaluación de la independencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este instrumento mide diez funciones: comer, bañarse, asearse, vestirse, continencia intestinal, uso del inodoro, transferencias, deambulaci3n y subir escaleras. Para cada ítem se otorga una puntuaci3n entre 0 y 15 puntos y se puede obtener una puntuaci3n máxíma de 100 puntos.

Los niveles de dependencia para cada ABVD se ubican dentro de cinco categorías, de la siguiente manera: 0–20 (dependencia total), 21–60 (severa), 61–90 (moderada), 91–99 (leve) y 100 (independiente). Esta puntuaci3n total permite posicionar al individuo anciano en una escala funcional, ofreciendo así datos específicos para la intervenci3n del equipo de salud y asistencia social.

### **5.6.1. Validaci3n y confiabilidad del instrumento**

El principal instrumento utilizado en esta investigaci3n fue el Índice de Barthel, el cual ha demostrado tener adecuados niveles de validez y confiabilidad en diversos contextos de evaluaci3n geriátrica y clínica.

#### **Validez:**

El Índice de Barthel ha sido validado en múltiples estudios internacionales como una herramienta confiable para medir la capacidad funcional en adultos mayores, especialmente en relaci3n con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En contextos latinoamericanos, su uso ha sido adaptado lingüística y culturalmente, manteniendo su pertinencia clínica. La validez de contenido se respalda en el hecho de que evalúa dimensiones esenciales del autocuidado cotidiano.

#### **Confiabilidad:**

Diversas investigaciones han reportado un alto coeficiente de confiabilidad Inter evaluador ( $r > 0.90$ ), lo que indica que diferentes profesionales obtienen resultados similares al aplicar la escala. Asimismo, presenta consistencia interna aceptable con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80. Esto respalda su estabilidad y precisi3n como instrumento de medici3n funcional

### 5.6.2. *Plan de procesamiento y análisis de datos*

- Los datos recolectados fueron organizados y procesados utilizando herramientas ofimáticas y estadísticas. En primera instancia, se realizó una **depuración de la información** para verificar la completitud y coherencia de los cuestionarios aplicados. Posteriormente, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de **Microsoft Excel** y analizados mediante el software estadístico **IBM SPSS** versión 25.

El análisis se desarrolló en dos niveles:

- **Análisis univariado:** se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para describir las características sociodemográficas de los adultos mayores y la presencia de enfermedades crónicas. Asimismo, se describió la distribución del nivel de dependencia funcional según las categorías del Índice de Barthel.
- **Análisis bivariado:** se exploró la posible relación entre la presencia de enfermedades crónicas específicas (hipertensión, diabetes, artrosis) y el nivel de dependencia funcional, mediante tablas de contingencia. Para contrastar hipótesis, se utilizó la **prueba Chi-cuadrado de independencia**, con un nivel de significancia estadística del 5 % ( $p < 0,05$ .)

### **Para el análisis de datos se aplicó el programa SPSS:**

Para el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25, ampliamente reconocido en el ámbito académico y profesional por su robustez en el tratamiento de datos cuantitativos. Este software permitió realizar un procesamiento ordenado y eficiente de la información, facilitando la tabulación, codificación y análisis estadístico de las variables involucradas.

El programa se empleó para realizar análisis univariados, mediante frecuencias y porcentajes, que permitieron describir las características sociodemográficas de los participantes, así como los niveles de dependencia funcional medidos a través del Índice de Barthel. Posteriormente, se desarrolló un **análisis bivariado** utilizando tablas cruzadas y la **prueba estadística Chi-cuadrado de independencia**, con un nivel de significancia del 5 % ( $p < 0,05$ ), a fin de explorar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y el nivel de dependencia funcional.

El uso de SPSS contribuyó significativamente a garantizar la precisión en el tratamiento de los datos, la validez estadística de los resultados obtenidos y la presentación clara de la información mediante tablas y gráficos, fortaleciendo la calidad metodológica de la investigación.

### **5.7. Aspectos éticos**

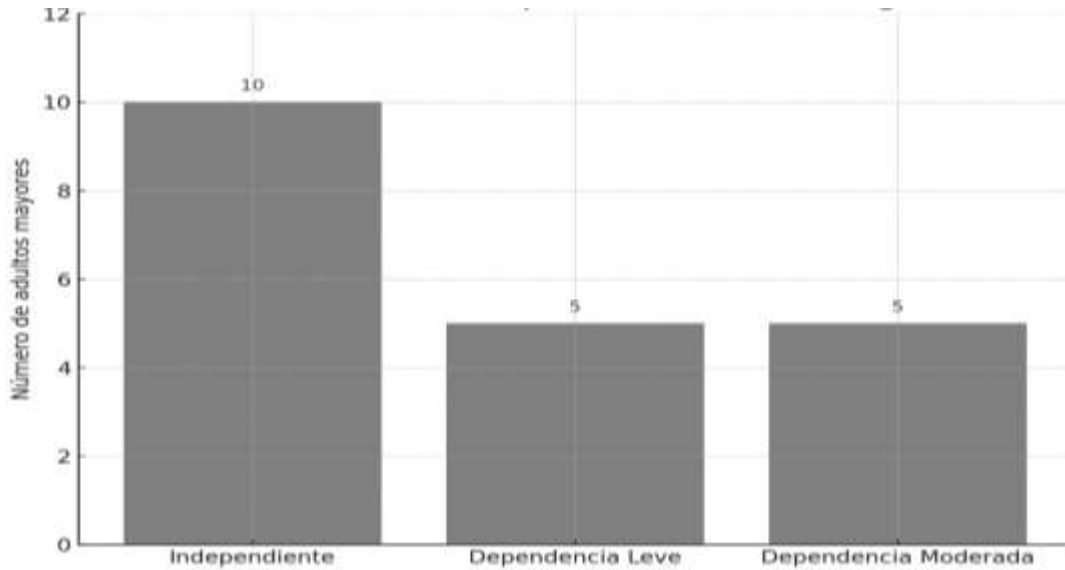
La investigación se ha realizado con la participación de sujetos humanos, en cumplimiento con la bioética: consentimiento presunto, confidencialidad, beneficencia vs. no maleficencia, justicia. La recolección de datos fue precedida por una explicación de los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de la participación, así como el derecho a no participar en cualquier momento sin efectos negativos. La identidad de los participantes fue protegida asignando a cada participante un código, sin que se solicitara información de los encuestados que pudiera comprometer su identidad. Además, cuando fue aplicable, se tomaron medidas para salvaguardar la integridad física y psicológica de los ancianos: una habitación adecuada, escucha empática, así como respeto por su dignidad nunca fueron olvidados.

## CAPITULO IV

### 6. Presentación de resultados

#### 6.1. Análisis e interpretación de resultados

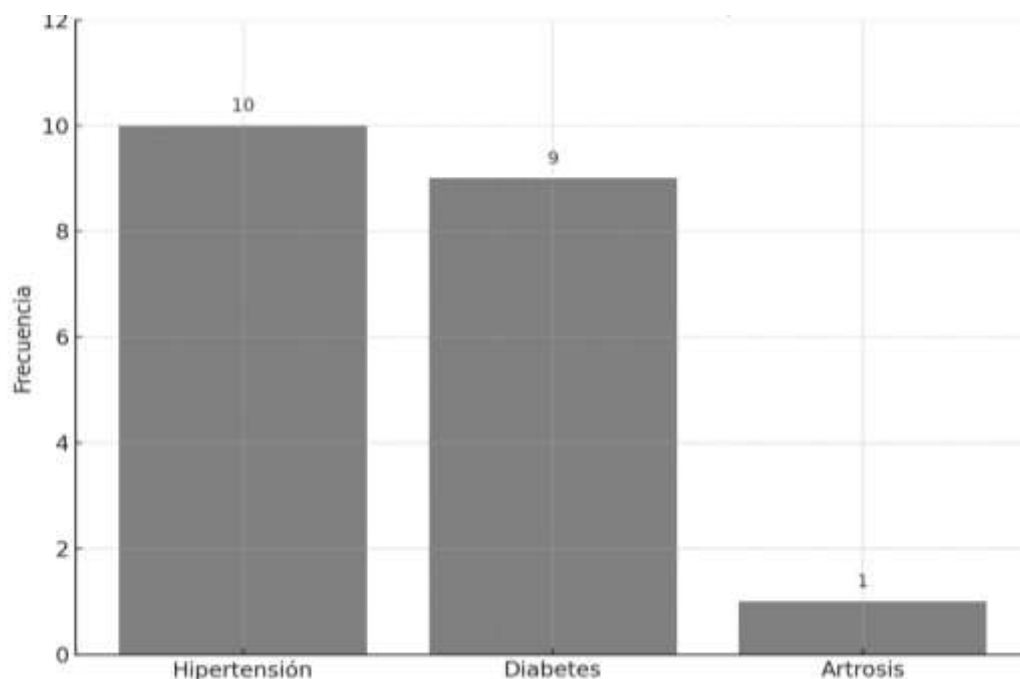
*Gráfico 1 Distribución del nivel de dependencia funcional según Índice de Barthel en adultos mayores con enfermedades crónicas.*



En relación con el objetivo específico 1, determinar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas, se procesaron los datos obtenidos mediante el Índice de Barthel. Este instrumento permitió evaluar la capacidad de los participantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

De acuerdo con los resultados, 10 adultos mayores (50 %) fueron clasificados como independientes funcionalmente, 5 personas (25 %) presentaron dependencia leve, y otras 5 personas (25 %) mostraron dependencia moderada. No se registraron casos de dependencia severa ni total en la muestra estudiada. Este hallazgo indica que, aunque la mitad de los participantes mantiene autonomía en sus actividades cotidianas, una proporción considerable presenta cierto grado de dependencia, lo cual requiere atención preventiva y estrategias de intervención en salud comunitaria. Las personas con dependencia leve o moderada podrían beneficiarse de programas de rehabilitación funcional, cuidados domiciliarios y apoyo familiar para evitar el deterioro progresivo.

Gráfico 2 Clasificación de enfermedades crónicas reportadas en adulto mayor



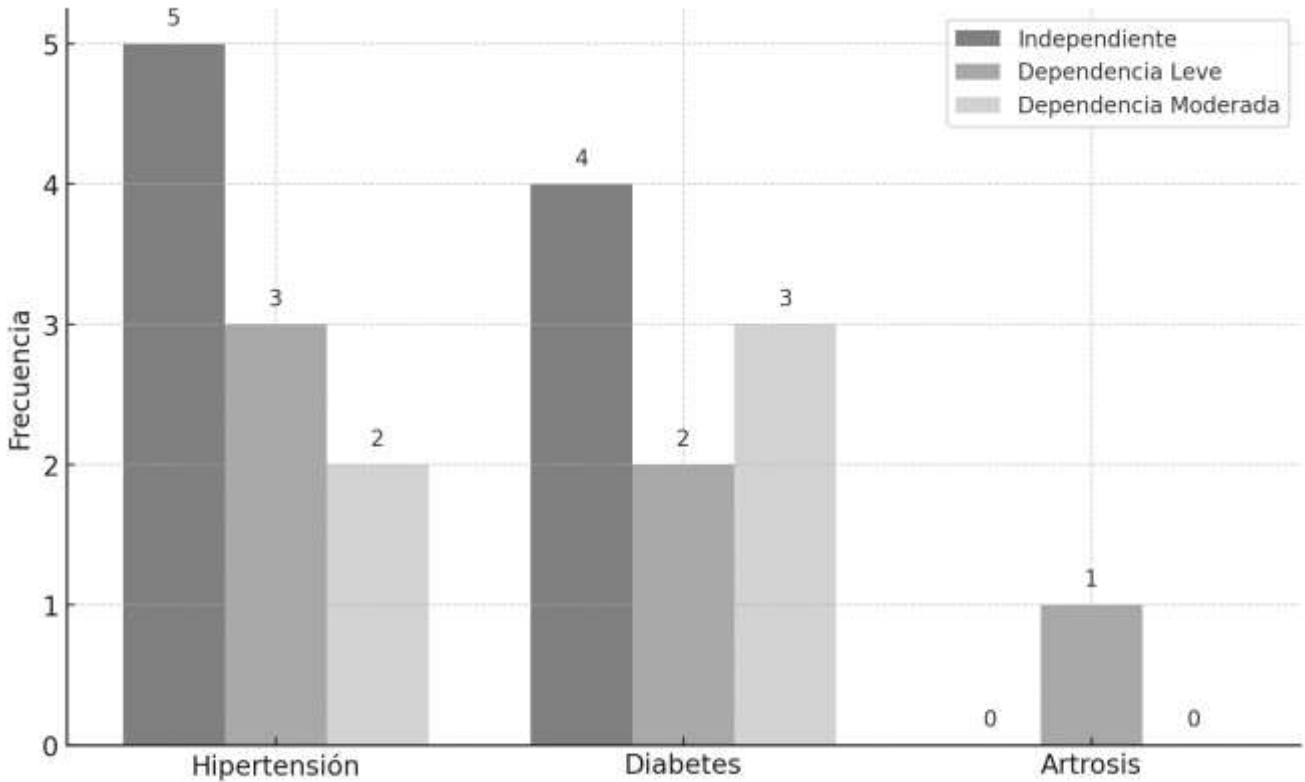
Al clasificar a los adultos mayores participantes según el tipo de enfermedad crónica reportada, se obtuvieron los siguientes resultados: de los 20 adultos mayores encuestados, 10 personas (50%) presentaron hipertensión arterial, lo que representa la condición más frecuente dentro de la muestra. Esta enfermedad crónica está relacionada con la disminución progresiva de la capacidad funcional y con el riesgo de eventos cardiovasculares, especialmente en la población mayor.

En segundo lugar, 9 adultos mayores (45%) manifestaron padecer diabetes mellitus, una patología que compromete el metabolismo de la glucosa y que puede provocar alteraciones neurológicas, visuales y circulatorias que afectan la autonomía funcional del adulto mayor.

Finalmente, se identificó 1 persona (5%) con diagnóstico de artrosis, enfermedad degenerativa que impacta directamente en la movilidad y en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Estos datos evidencian que el 95% de los adultos mayores encuestados vive con al menos una condición crónica que puede influir negativamente en su funcionalidad, resaltando la necesidad de estrategias de intervención enfocadas en el manejo integral de estas patologías.

Gráfico 3 Barras cruzadas entre tipo de enfermedad crónica y nivel de dependencia funcional



Al analizar la interacción entre las enfermedades crónicas y el nivel de dependencia funcional, se evidenciaron patrones relevantes que permiten comprender de mejor manera la relación entre ambas variables en los adultos mayores.

En el grupo de personas con hipertensión arterial (10 participantes), se observó que 5 fueron clasificados como independientes, mientras que los otros 5 presentaron algún nivel de dependencia (3 leve y 2 moderada). Esto indica que, si bien la hipertensión no siempre conlleva dependencia, sí puede estar relacionada con cierto grado de deterioro funcional.

Respecto a los 9 adultos mayores con diabetes mellitus, se destaca que 4 fueron independientes y 5 presentaron dependencia (2 leve y 3 moderada). Esta distribución sugiere una mayor concentración de dependencia funcional en personas con diabetes, lo que coincide con la evidencia clínica sobre los efectos sistémicos de esta enfermedad en la funcionalidad del adulto mayor.

En cuanto a la persona con artrosis, fue clasificada como dependiente leve, lo que coincide con el impacto osteomuscular de esta patología en la movilidad.

Estos resultados sugieren una posible asociación entre la presencia de

enfermedades crónicas y el incremento en los niveles de dependencia funcional, lo cual debe ser considerado al diseñar intervenciones de rehabilitación y cuidado domiciliario. Es importante considerar todas estas evidencias con la finalidad de tener un mejor entendimiento para la mejora de calidad de vida de los adultos mayores. La evidencia es clara, que a pesar de la edad de los adultos mayores, la mayoría demostró independencia de hacer sus actividades de la vida diaria, sin embargo es importante la supervisión de un cuidador que puede ser un familiar o en función de sus posibilidades.

*Tabla 2 Correlación de Pearson entre variables*

<b>Variable</b>	<b>r de Pearson</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>N</b>
Tipo de enfermedad crónica	0,712	< 0,01	20

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados en SPSS (2025).

Los hallazgos evidencian una correlación positiva alta y estadísticamente significativa entre el tipo de enfermedad crónica y el nivel de dependencia funcional ( $r = 0,712$ ;  $p < 0,01$ ). Este resultado implica que a medida que aumenta la presencia o severidad de enfermedades crónicas, también se incrementa el grado de dependencia funcional de los adultos mayores analizados. En términos prácticos, los adultos mayores que padecen múltiples patologías crónicas presentan mayores limitaciones para realizar de manera autónoma sus actividades básicas de la vida diaria, lo cual refleja un mayor nivel de vulnerabilidad.

Estos hallazgos coinciden con la literatura científica, la cual indica que la coexistencia de enfermedades crónicas tiende a limitar progresivamente la autonomía funcional del adulto mayor. Por ello, se refuerza la necesidad de intervenciones de rehabilitación y cuidado domiciliario para mejorar la calidad de vida en esta población

## 6.2. Comprobación de hipótesis

En cumplimiento del objetivo general de esta investigación, se planteó la hipótesis de que la presencia de enfermedades crónicas influye en el nivel de dependencia funcional en adultos mayores de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, durante el año 2025.

Para contrastar esta hipótesis, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, analizando la relación entre el tipo de enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, artrosis) y el nivel de dependencia funcional medido mediante el Índice de Barthel.

Los resultados obtenidos indican un coeficiente de correlación de  $r = 0,712$  con un valor de significancia  $p < 0,01$ , lo que demuestra una relación positiva moderadamente fuerte y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Esto confirma que los adultos mayores con enfermedades crónicas tienden a presentar mayores niveles de dependencia funcional. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación ( $H_1$ ) y se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), al evidenciarse que existe una influencia directa entre las enfermedades crónicas y la autonomía funcional en la población adulta mayor estudiada.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar estrategias de prevención, atención integral y rehabilitación dirigidas a personas mayores con condiciones crónicas, para preservar su funcionalidad y mejorar su calidad de vida.

## 7. Conclusiones

El presente estudio permitió evidenciar que la presencia de enfermedades crónicas influye directamente en el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, durante el año 2025. A través del Índice de Barthel se identificó que, aunque la mitad de los participantes son funcionalmente independientes, el otro 50 % presenta distintos grados de dependencia, principalmente leve y moderada.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades crónicas más prevalentes, y mostraron una asociación significativa con mayores niveles de dependencia funcional, lo que confirma la hipótesis planteada y refuerza los hallazgos desde una perspectiva clínica y comunitaria. La correlación de Pearson aplicada validó estadísticamente dicha relación, con un coeficiente moderadamente fuerte y altamente significativo ( $r = 0,712$ ;  $p < 0,01$ ).

En consecuencia, se concluye que el abordaje de la dependencia funcional en adultos mayores debe contemplar el diagnóstico y control integral de las enfermedades crónicas, promoviendo programas de cuidado domiciliario, rehabilitación física y atención primaria con enfoque preventivo. Así, se contribuye no solo a la autonomía del adulto mayor, sino también a su bienestar general y calidad de vida.

## **8. Recomendaciones**

Se recomienda que las autoridades de salud, en coordinación con el gobierno local y actores comunitarios, implementen estrategias integrales de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas en adultos mayores, especialmente en zonas rurales como la parroquia San José de Ancón. Estas estrategias deben incluir programas de rehabilitación funcional, atención domiciliaria, acompañamiento familiar y educación en autocuidado, con el fin de preservar la autonomía personal, reducir los niveles de dependencia funcional y mejorar la calidad de vida de esta población. Asimismo, se sugiere fomentar la capacitación continua del personal de salud y fortalecer la participación activa de las familias y cuidadores, promoviendo así un envejecimiento activo, saludable y digno.

Considerando la fuerte correlación encontrada, es crucial establecer un programa de controles de salud periódicos en conjunto con el GAD Parroquial de Ancón. Estos controles deben ser integrales: no solo para monitorear la presión arterial y revisar la efectividad de la medicación antihipertensiva, sino también para incorporar la evaluación del estrés percibido como un signo vital más. Complementariamente, se deben realizar campañas de educación para la salud sobre hábitos de vida saludables, resaltando el impacto de una nutrición balanceada, la importancia de la actividad física adaptada y el desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional.

Para asegurar que estas intervenciones sean efectivas, es de suma importancia fomentar la colaboración entre los servicios de salud, trabajadores sociales, centros de atención gerontológica de la comunidad y psicólogos comunitarios. Esto permitiría crear redes de apoyo que aborden el problema de manera integral. Finalmente se recomienda ampliar en futuras investigaciones el abordaje de estas variables, usando muestras de mayor impacto y explorando factores asociados que puedan influir en la relación entre el estrés y la salud cardiovascular en adultos mayores.

## 9. Referencias bibliográficas

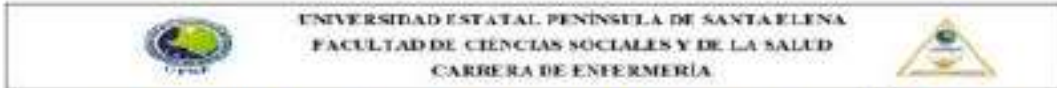
- Ancón., G. P. (2023). *GAD Parroquial San José de Ancón*. . Obtenido de Proyecto Gerontoactivo. : <https://gadpancon.gob.ec/noticias/proyecto-gerontoactivo/>
- Borges, C., & Kozoroski, A. (2022). Caídas en adultos mayores: un enfoque práctico. *Trastornos del equilibrio y neurología*, 80(5). doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S107>
- CEPAL. (2022). Obtenido de Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- CEPAL. (2023). *Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para personas mayores: Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Obtenido de CEPAL: <https://www.cepal.org/es/enfoques/politicas-sistemas-integrales-cuidados-largo-plazo-personas-mayores-analisis-experiencias>
- Conrado, A. (7 de 6 de 2016). Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009 . *Saúde Debate* , 40(109), 125-135. Obtenido de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00125.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00125.pdf)
- Cruz, M., Garbizo, N., & Lezcano, A. (2021). Metodología para implementar indicadores de responsabilidad social empresarial que impacten en el desarrollo local. *Cooperativismo y Desarrollo: COODES*, 9(3), 957-985. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8379858>
- Durán, A., & Valderrama, L. (16 de 3 de 2020). Enfermedad crónica en adultos mayores . *Universitas Médica* , 5(1), 16-28. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>
- Echeverría, A., Cauas, R., Díaz, B., Sáez, C., & Cárcamo, M. (2021). Herramientas para la evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en adultos: revisión sistemática. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 474-490. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.012>
- González, R., Cardentey, & Juan. (12 de 5 de 2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*, 8(2), 103-110. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf05208.pdf>
- INEC. (2024). *Boletín técnico: Estimaciones y proyecciones de la población del Ecuador 2022–2050 (Revisión 2024)*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Linares, L. (6 de 12 de 2018). Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor . *Universidad Médica Pinareña*, 14(5), 1-3. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/6382/638268503001/638268503001.pdf>
- Lincango, A. (2024). La actividad física en el adulto mayor como prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Revisión Sistemática. *Universidad Central del Ecuador*, 3(9), 1290-1306. Obtenido de <https://revistamentor.ec/index.php/mentor/article/view/8312/7092>
- Llanos, M. (19 de 5 de 2023). Volumen 6, Nº 11, diciembre 2022 - mayo 2023, pp. 125-134 Maggi Vera & Llanos Plaza. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores. | 125 Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores atendidos en el área de consulta externa del Hospital . *FACSalud* , 6(11), 125-134. Obtenido de <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1643/1531>
- Marín, C. (30 de 1 de 2024). Adultos mayores con enfermedades crónicas: percepción de calidad de vida, resiliencia y apoyo social en pandemia . *Unifé*, 32(1), 1-11. Obtenido de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/3162/3409>
- Marquez, A., Centorbi, L., & Díaz, I. (2025). Nivel educativo, calidad de vida y capacidad cognitiva y funcional en adultos mayores. *Revista Científica UISRAEL*, 12(1). doi:<https://doi.org/10.35290/rcui.v12n1.2025.1157>
- Mémdez, J. (29 de 10 de 2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 17(5), 353-361. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- Millán, R., & Castellanos, R. (2018). *Bienestar subjetivo en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Obtenido de <https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/5445>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Anuario estadístico. 2019*. Obtenido de Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. : <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario->

Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

- Mireles, M., Salazar, M., Guerra, J., & Ávila, H. (2022). Calidad de vida relacionada con la dependencia funcional, el funcionamiento familiar y el apoyo social en adultos mayores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56(2). doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0482es
- Montoya, B., & Macías, H. (17 de 9 de 2020). Impacto de las enfermedades crónicas en la vejez en el Estado de México: situación actual e implicaciones para una política pública. *Papeles de POBLACIÓN*, 6(1), 61-96. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2023.115.04>
- MSP. (2023). *Normas y protocolos de atención integral de salud a los y las adultos mayores*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador : <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
- Nazate, Z., & Pozo, C. (19 de 6 de 2021). Cuidados de enfermería a domicilio en adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas afiliados al seguro social campesino de los dispensarios del cantón Esmeraldas. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.*, 8(57), 1-18. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe3/2007-7890-dilemas-8-spe3-00057.pdf>
- OPS. (2023). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Envejecimiento saludable: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Palomino, A. (9 de 3 de 2024). Promotion and control of chronic non-communicable diseases in older adults: A Bibliographical Review . *Received January*, 2(4), 63-79. Obtenido de <https://centroseditorial.com/index.php/revista/article/view/346/758>
- Panchana, D. I. (26 de 3 de 2020). Enfermedades crónicas: Un reto en la saul de la comunidad San Francisco de Cununguachay, Chimborazo. *La ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrución*, 11(1), 44-50. Obtenido de <http://revistas.esepoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/365/465>
- Peranovich, C. (9 de 4 de 2019). Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009 . *Saúde Debate*, 40(109), 125-135. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WWFmdj4Nm548XJJCXdMWsv/?format=pdf&lang=es>
- Pinilla, M., Ortiz, M., & Suárez, J. (2022). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Revista Salud Uninorte*, 37(2). doi:<https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
- Rojas, N., Fernández, P., & Girón, E. (2021). Cuidadores de adultos mayores dependientes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252021000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300007)
- Rosero, J. (14 de 12 de 2023). Enfermedades crónicas del adulto mayor: Reporte de caso. *CEI*, 3(7), 117-127. Obtenido de <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2693/2982>
- Roure, R., Nuin, C., Rodriguez, A., & Escobar, M. (2022). Evolución de la capacidad funcional en personas mayores en programa de atención domiciliaria y evaluación de factores predictivos de mortalidad. *Gerokomos*, 33(1). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100006)
- Silguero, S., & Martínez, M. (20 de 10 de 2013). Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos espa ñoles: estudio FRADEA. *Elsevier*, 49(2), 51-58. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X13001236>
- Torres, B. (15 de 06 de 2023). Enfermedades crónicas, envejecimiento, ética y calidad de vida. Una sistematización de investigaciones . *NOVEDADES EN POBLACIÓN*, 1(37), 322-345. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v19n37/1817-4078-rnp-19-37-322.pdf>

## 10. Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN "NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, PARROQUIA SAN JOSÉ DE ANCÓN, SANTA ELENA, 2025"**

Este documento tiene como objetivo proporcionarle una explicación detallada sobre el estudio en el que se le invita a participar, así como informarle sobre su papel en el mismo. Esta investigación está siendo llevada a cabo por una estudiante de la carrera de Enfermería, perteneciente al octavo semestre de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. El propósito de este estudio es analizar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas en la parroquia San José de Ancón, Santa Elena, 2025.

Si usted acepta participar, se le pedirá que responda una encuesta estructurada, la cual será aplicada en el club de adultos mayores y tomará aproximadamente 20 minutos. Su participación en el estudio no tendrá ningún costo, ni implicará riesgo para su bienestar físico o emocional. El estudio tiene como finalidad generar información útil para el diseño de estrategias de atención y rehabilitación que beneficien a la población adulta mayor.

Su participación es voluntaria y usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte los servicios de salud que recibe. Las respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad, utilizando un código numérico que impedirá su identificación personal. Si alguna de las preguntas le resulta incómoda, puede omitirla libremente.

Agradecemos su tiempo y colaboración en este estudio, que busca promover el bienestar y la salud de los adultos mayores de nuestra comunidad.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula \_\_\_\_\_, autorizo de manera voluntaria mi participación en este estudio realizado por una estudiante del octavo semestre de la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. Se me ha informado que el objetivo del estudio es analizar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas, en la parroquia San José de Ancón, Santa Elena.

He sido notificado/a que responderé una encuesta estructurada, que tomará aproximadamente 20 minutos. Comprendo que toda la información proporcionada será confidencial y usada exclusivamente con fines académicos.

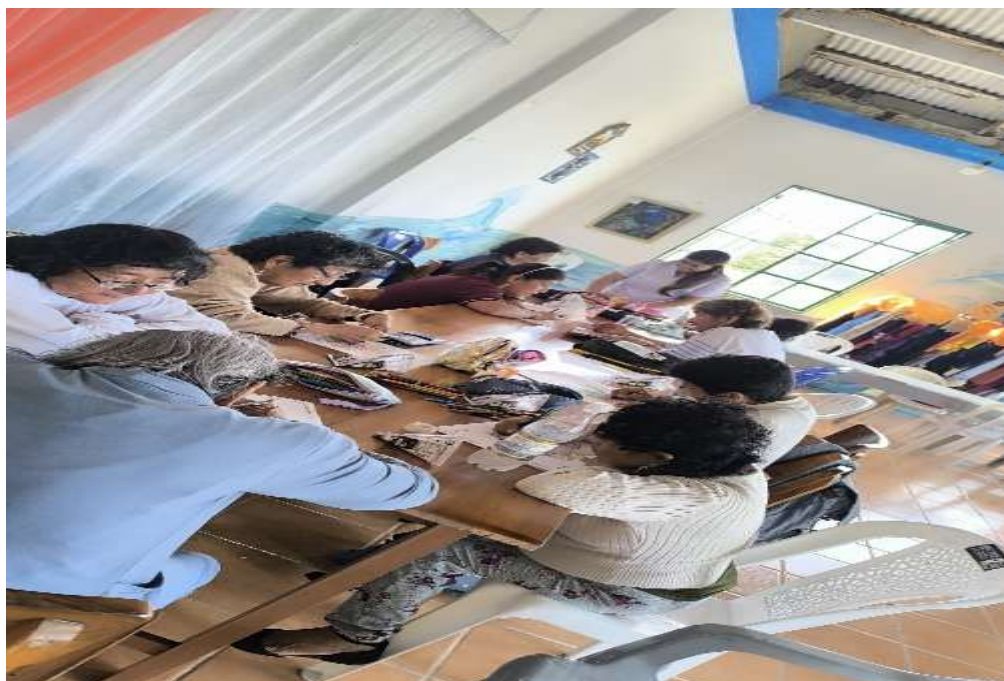
Sé que puedo formular preguntas en cualquier momento y que puedo retirarme sin perjuicio. En caso de inquietudes, puedo contactar a los responsables del estudio.

Entiendo que recibiré una copia de este consentimiento y podré solicitar información sobre los resultados una vez concluido el estudio.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Evidencia fotográfica

*Gráfico 4 Explicación del proyecto y consentimiento informado*



*Gráfico 5 Recolección de datos mediante encuesta establecida*





## Anexo 4 Instrumentos de recolección de datos

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

**ÍNDICE DE BARTHEL (IB)**  
**(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)<sup>1</sup>**  
**FICHA N° 3a**

<b>Nombre del Usuario</b>		<b>Zona:</b>	<b>Distrito:</b>	<b>Modalidad de Atención:</b>	
<b>Nombre de la Unidad de Atención:</b>					
<b>Edad</b>	<b>Años</b>	<b>Meses:</b>	<b>Aplicado por:</b>		
<p>A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				<p><b>Fecha aplicación primer semestre</b></p> <p>dd / mm / aa</p>	<p><b>Fecha aplicación segundo semestre</b></p> <p>dd / mm / aa</p>
<b>1. COMER</b>					
0	Incapaz				
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.				
10	Independiente: (puede comer solo)				
<b>2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b>					
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				
<b>3. ASEO PERSONAL</b>					
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal				
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.				

<sup>1</sup> Bastán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.

<b>4. USO DEL RETRETE ( ESCUSADO, INODORO )</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
<b>6. DESPLAZARSE</b>			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
<b>9. CONTROL DE HECES</b>			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
<b>PUNTUACION TOTAL :</b>			

**Puntuación máxima total:** 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

**Puntos de corte:**

0 - 20	<b>Dependencia Total</b>
21 - 60	<b>Dependencia Severa</b>
61 - 90	<b>Dependencia Moderada</b>
91 - 99	<b>Dependencia Escasa</b>
100	<b>Independencia</b>
90	<b>Independencia *Uso de silla de ruedas</b>

**FIRMA DEL EVALUADOR:**

## Anexo 5 Permiso dirigido a la institución



### FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

---

#### CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio No. – 332- CE-UPSE-2025.

La Libertad, 14 de Julio de 2025

Tnlg  
Laura Peláez  
COORDINADORA DEL CLUB DEL  
ADULTO MAYOR “CIEN AÑOS ACTIVOS”

Aux.  
Jenny Elizabeth González Vera  
COORDINADORA DEL CLUB  
DEL ADULTO MAYOR “CIEN AÑOS ACTIVOS”

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	ESTUDIANTE	TUTOR
1	NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, PARROQUIA SAN JOSE DE ANCON, SANTA ELENA, 2025	Andrea Elizabeth Eugenio Mite,	Lic Elsie Saavedra Alvarado, M.Sc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta Andrea Elizabeth Eugenio Mite,, 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.

Particular que remito para los fine pertinentes. -

Atentamente



CARMEN ESCOBILLA  
DIRECTORA DE CARRERA



Lic. Carmen Lascano Espinoza, Ph.D  
DIRECTORA DE CARRERA

C.C ARCHIVO  
CLE/POS

## Anexo 6 Certificado Antiplagio



Universidad Estatal  
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 03 de Agosto del 2025

### CERTIFICADO ANTIPLAGIO

004-TUTOR EASA 2025

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, PARROQUIA SAN JOSÉ DE ANCÓN, SANTA ELENA, 2025" 2025, elaborado por la estudiante **ANDREA ELIZABETH EUGENIO MITE**, con número de cédula: **2400206740**, estudiante de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio COMPILATIO MAGISTER, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con **4%** de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



**ELSIE ANTONIETA  
SAAVEDRA ALVARADO**

**Lic. Saavedra Alvarado Elsie Antonieta, MSc.**

C.I.: 1204481608

**DOCENTE TUTOR**

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena  
Correo: [biblioteca@upse.edu.ec](mailto:biblioteca@upse.edu.ec)  
Teléfono: 042781738 ext. 136



# ANDREA EUGENIO

4%  
Textos sospechosos



- 3% Similitudes
  - De similitudes entre familias
  - De entre las fuentes mencionadas
- 1% Idiomas no reconocidos
- 31% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: ANUREA EUGENIO.docx  
 ID del documento: 77cfd0bc9f13ef73fb245e8f284201000338c0a  
 Tamaño del documento original: 75,00 kb

Depositante: ELSIF ANTONIETA SAAVEDRA ALVARADO  
 Fecha de depósito: 3/9/2025  
 Tipo de carga: interfaz  
 Fecha de fin de análisis: 3/9/2025

Número de palabras: 5983  
 Número de caracteres: 35.045

Ubicación de las similitudes en el documento:



## Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>examen.pdf - examen.pdf</b> 41.000 ● Viene de otro grupo 14 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (107 palabras)
2	<b>TRAYECTORIA DE OBRAS 2.pdf - TRAYECTORIA DE OBRAS 2.pdf</b> 45.992 ● Viene de otro grupo 5 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: 1% (134 palabras)
3	<b>TITULACION 01.pdf - TITULACION 01.pdf</b> 46.924 ● Viene de otro grupo 8 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: 1% (83 palabras)
4	<b>Documento de otro usuario</b> 47.000 ● Viene de otro grupo 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: 1% (88 palabras)
5	<b>Academia.espeygt.gob.ec</b> <a href="http://www.espeygt.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/03-0722-0166-03-00175.pdf">http://www.espeygt.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/03-0722-0166-03-00175.pdf</a> 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: 1% (82 palabras)

## Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>Documento de otro usuario</b> 47.000 ● Viene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: 1% (12 palabras)
2	<b>www.europarl.europa.eu   Textos aprobados   Envejecimiento del siglo continúa...</b> <a href="https://www.europarl.europa.eu/press-articles/2023/04/18-0423-0443_es.htm">https://www.europarl.europa.eu/press-articles/2023/04/18-0423-0443_es.htm</a>	< 1%		Palabras idénticas: 1% (18 palabras)
3	<b>Documento de otro usuario</b> 47.000 ● Viene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: 1% (11 palabras)
4	<b>todosloshechos.es   ¿Qué es el envejecimiento activo según la OMS?</b> <a href="https://www.todosloshechos.es/que-es-el-envejecimiento-activo-segun-la-oms/">https://www.todosloshechos.es/que-es-el-envejecimiento-activo-segun-la-oms/</a>	< 1%		Palabras idénticas: 1% (21 palabras)
5	<b>Documento de otro usuario</b> 47.000 ● Viene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: 1% (20 palabras)