



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

**EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN ADULTO MAYOR
SEDENTARIO. CLUB SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS - LA LIBERTAD. 2017**

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

AUTOR(ES)

**FIGUEROA MAGALLÁN CINTHYA IVONNE
ROMERO CARPIO BETSY LISBETH**

TUTORA

LIC. DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ NANCY MARGARITA, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2017 – 2018

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRAFÍA

Del escritorio de
MSc. Ana Quinde de Cedeño
Celular 0939789609
Correo: annitha20009@hotmail.com

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRAFÍA

Yo, **MSc. Ana Quinde de Cedeño**, en mi calidad de Licenciada en Ciencias de la Educación, por medio de la presente tengo bien a indicar que he leído y corregido el trabajo de titulación denominado **EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN ADULTO MAYOR SEDENTARIO. CLUB SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS - LA LIBERTAD. 2017**

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería de las estudiantes: **Figueroa Magallán Cinthya Ivonne y Romero Carpio Betsy Lisbeth**, de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Certifico que está redactada en el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos e interpretaciones, adecuado empleo de la sinonimia. Además de haber sido escrita de acuerdo a las normas ortográficas y sintaxis vigentes.

En cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad, 17 de abril de 2018.

Lda. Anita Quinde Mateo Mgs.

MSc. Ana Quinde De Cedeño.
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.
REG. SENESCYT: 1006-12-74-76-45

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, MSc.
**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**



Lic. Anabel Sarduy Lugo, MSc.
DOCENTE DE ÁREA



Lic. Nancy Domínguez Rodríguez, MSc.
TUTORA



Ab. Lidia Villamar Moran, Mgt.
SECRETARIA GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR


iii

APROBACIÓN DEL TUTOR

La Libertad, 23 de Abril 2018.

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación **Evaluación de la movilidad física en adulto mayor sedentario. Club Sagrado Corazón de Jesús - La Libertad. 2017**, elaborado por las Srtas **Figueroa Magallán Cinthya Ivonne** y **Romero Carpio Betsy Lisbeth** estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD, 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, revisado, **LAS APRUEBO** en todas sus partes

Atentamente,


Lic. Dominguez Rodríguez Nancy Margarita, MSc.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a DIOS por acompañarnos en cada paso que damos y por las bendiciones que derrama sobre nosotras.

A nuestros padres por el apoyo incondicional tanto económico y moral, quienes nos impulsan a seguir adelante gracias a sus sabios consejos, y a todas aquellas personas que de alguna manera forman parte de nuestros éxitos.

A la Universidad Península de Santa Elena por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales a pesar de las adversidades.

Nuestros sinceros agradecimientos al Club Sagrado Corazón de Jesús por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación y a estar siempre dispuestos a colaborar con nosotras.

Autoras

Figuerola Magallán Cinthya Ivonne.

Romero Carpio Betsy Lisbeth.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRAFÍA.....	i
TRIBUNAL DE GRADO.....	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Enunciado del problema.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Viabilidad y factibilidad.....	6
CAPÍTULO II.....	7
2. Marco teórico	7
2.1 Marco institucional.....	7
2.1.1 Marco legal.....	7
2.2 Marco contextual.....	11
2.2.1 Antecedentes investigativos	11

2.2.2	Fundamentación científica.....	13
2.2.2.1	Adulto Mayor.....	13
2.2.2.2	Movilidad en el adulto mayor	13
2.2.2.3	Ejercicio físico en el adulto mayor	13
2.2.2.4	Actividad física requerida en el adulto mayor	13
2.2.2.5	Alimentación.....	14
2.2.2.6	Estilo de vida del adulto mayor	14
2.2.2.7	Sedentarismo.....	14
2.2.2.8	Independencia	14
2.2.3	Fundamentación de enfermería	14
2.2.3.1	Teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson.....	15
2.2.3.2	Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem	16
2.3	Hipótesis, Variables y operacionalización	18
2.3.1	Hipótesis	18
2.3.2	Asociación empírica de variables	18
2.3.3	Operacionalización de las variables	19
CAPÍTULO III.....		21
3.	Diseño metodológico.....	21
3.1	Tipo de estudio.....	21
3.2	Universo y muestra	21
3.3	Técnica e Instrumento	21
3.4	Procesamiento de la información	22
CAPÍTULO IV		23
4.1	Análisis e interpretación de resultados.....	23

4.2 Conclusiones	28
4.3 Recomendaciones.....	29
4.4 Bibliografía	30
Apéndice y Anexos	

INTRODUCCIÓN

Se contribuye a la fundamentación del problema con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo que menciona nivel mundial el número de adultos mayores se ha incrementado, actualmente existen alrededor de 45 millones de personas con más de 65 años en los países en desarrollo. Entre las patologías más comunes que se presentan a esta edad, se encuentra la diabetes, osteoporosis, hipertensión entre otros (OMS, 2013).

La mayoría de los adultos mayores de Latinoamérica manifiestan diferentes complicaciones por el inadecuado estilo de vida, un estudio realizado en la ciudad de La Paz, Bolivia (Santivañez & Ríos , 2016) evidencian que el 86% de los longevos desconocen el significado del sedentarismo, las consecuencias físicas y cognitivas. Es importante brindar apoyo en esta etapa, recomendar el deporte constante para alcanzar óptimas condiciones físicas, dando lugar a extender la esperanza de vida teniendo en cuenta que es uno de los principales objetivos del Ministerio de Salud Pública (MSP).

En la actualidad en el Ecuador existe un mayor impacto en el envejecimiento poblacional, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), de acuerdo a la transición demográfica existen 14'483.499 habitantes, de ellos 1'049.824 en edades comprendidas de más de 65 años, en el año 2010 los adultos mayores representan el 6.5% de la población y al 2050 representarán el 18% (MIES, 2013). Es necesario recalcar que una longevidad positiva exclusivamente puede ser el resultado de una adecuada forma de vida.

La investigación realizada sobre el deterioro de la movilidad física, centro de atención integral del adulto mayor Sagrada Familia determina, entre los resultados revelados en este estudio se detalla que el 40% de los encuestados desconocen qué es el autocuidado, el 20% no efectúa actividad física, aproximadamente el 40% tiene inconvenientes para auto-cuidarse (Luque F., 2014). El autocuidado es uno de los principales problemas que se ven reflejadas en el longevo para esto, se considera que necesitan terapias o actividades para mejorar su movilidad.

El presente trabajo investigativo describe la evaluación de la movilidad física en adulto mayor sedentario del Club Sagrado Corazón de Jesús, considerándolo como uno de

los problemas frecuentes y de gran relevancia a nivel internacional, nacional y regional. Es indispensable el correcto desplazamiento en las personas de más de 65 años de edad para lograr la independencia, además, influye en múltiples aspectos en la realización de actividades, a medida que pasan los años el deterioro funcional se hace evidente, y la pérdida de la parte motriz conlleva al desarrollo de la fragilidad.

En el Club Sagrado Corazón de Jesús los individuos en estudio elaboran diferentes manualidades con materiales reciclables, pero no realizan actividades físicas, sin embargo mantienen seguimiento del personal sanitario una vez al mes. No existen estudios previos en este lugar, motivo por el cual se realiza esta investigación con el objetivo de evaluar la movilidad física de los adultos mayores, se aplicó una encuesta que permite conocer de una manera general el estilo de vida, y se utilizó el índice de Barthel AVBD (actividades básicas de la vida diaria) con el propósito de identificar y determinar el grado de dependencia funcional de cada uno de ellos.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

Evaluación de la movilidad física en adulto mayor sedentario. Club Sagrado Corazón de Jesús - La libertad. 2017

1.1 Descripción del problema

El proceso de envejecimiento se caracteriza por ser irreversible, progresivo y universal, se deduce que en esta etapa de la vida se presentan diferentes cambios, pero no a todas las personas con la misma intensidad. (Allevato , 2013) refiere que el ser humano sufre alteraciones en el área biológica, psicológica y física, la calidad de vida de los adultos mayores depende de ciertos factores como: la alimentación, actividad física, nivel de educación, acceso a la salud entre otros. Los elementos mencionados ayudan a determinar la funcionalidad o pérdida progresiva de la capacidad motriz.

El deterioro de la movilidad física está relacionado con el sedentarismo, el no tener un envejecimiento activo impide desarrollar potencialidades de cada individuo. Se calcula que en Estados Unidos más del 60% de adultos mayores no le dedican el tiempo necesario a la realización de ejercicios físicos, por tanto la inactividad física y un régimen alimenticio deficiente representan por lo menos el 8% de muertes anuales (Velez, Parra, & Vidarte, 2014). El permanecer sin realizar alguna actividad condicionalmente impide la limitación de la amplitud de ciertos movimientos.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, manifiesta el 40% de adultos mayores tienen sobrepeso u obesidad, así mismo indica que el 3% de la población cuenta con asistencia de un cuidador para ayudar a realizar las necesidades diarias, por tal motivo incrementan los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades (MIES, 2014). Esta problemática afecta tanto a las personas, familias y comunidades porque requieren de ayuda para poder realizar las actividades, considerándolos seres dependientes.

La provincia de Santa Elena fue creada el 7 de noviembre del 2007 distribuida en tres cantones: Santa Elena, La Libertad, Salinas, según el censo realizado por INEC en el año 2010 existe alrededor de 308.693 habitantes entre hombres y mujeres. No se detallan datos estadísticos sobre la población de adultos mayores, pero se infiere que existe un 18.5%, un mínimo porcentaje de longevos asisten a diferentes programas que brinda el MSP para un envejecimiento activo (Rivadeneira L. , 2017).

En el cantón la Libertad, en la ciudadela San Raymundo existe un Club de 42 adultos mayores llamado Sagrado Corazón de Jesús, el cual tiene aproximadamente siete meses desde su creación, por tal motivo no existen estudios previos, en este lugar laboran ocho personas voluntarias quienes aportan a la ejecución de numerosas labores tales como: cantos bíblicos, manualidades con materiales reciclables, bingos y juegos dinámicos.

En este sitio no se realiza ninguna acción para reducir el sedentarismo, es notorio el espacio físico que tienen para efectuar diversas labores. El personal que colabora no está capacitada para ejecución de terapias físicas y no cuentan con programas o guías establecidas por el MSP direccionadas al adulto mayor quienes presentan ciertas patologías como: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Parkinson, Artrosis, Artritis.

Es importante que las personas conozcan los beneficios de realizar ejercicios físicos puesto que su producción económica se basa en el comercio, la pesca, construcción y mecánica automotriz los cuales requieren de gran esfuerzo físico. El cuidado del adulto mayor depende parcialmente de sus cuidadores, es una problemática muy amplia que exige intervenciones y actividades de enfermería que permitan lograr una conducta equilibrada y la independencia optimizando su período de vida.

1.2 Enunciado del problema

En base al contexto expresado, se anuncia el siguiente problema:

¿Cuál es el grado de movilidad física en adulto mayor sedentario del Club Sagrado Corazón de Jesús, La Libertad 2017?

1.3 Justificación

El deterioro de la movilidad física relacionado con el estilo de vida sedentario en la actualidad es una de las causas de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores ocasionando grandes problemas de salud que afectan a la sociedad. La limitación de la amplitud de los movimientos puede formar al longevo en una persona dependiente, incapaz de cumplir actividades cotidianas de la vida diaria, es decir, necesita ayuda para poder pararse, caminar, correr, subir o bajar escaleras, e incluso necesita una persona que le asiste en la higiene personal y cubrir así sus necesidades.

Este trabajo investigativo está inclinado a evaluar la movilidad física del adulto mayor, cabe indicar que no se han realizado investigaciones previas en esta entidad por ser nueva en el cantón, el grupo en estudio no realiza ejercicios físicos por lo cual se los clasifica como sedentarios. El motivo principal de esta investigación es porque se observa que los longevos presentan dificultad para realizar alguna actividad y en ciertas ocasiones necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades, esta indagación se realiza con la finalidad de identificar el grado de dependencia funcional de acuerdo a las actividades básicas.

Los beneficiarios directos son los adultos mayores, puesto que conocerán el grado de dependencia o independencia funcional que ellos tienen, con la finalidad de promover al mediante charlas educativas nutricionales, ejercicios físicos que ayuden a mejorar el estilo de vida del individuo, familia y comunidad, permitiendo fortalecer el sistema muscular evitando caídas, fatigas y ciertos tipos de patologías.

Las estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, realizan esta investigación como fuente de información para la elaboración de guías de cuidados de enfermería relacionados con las terapias físicas con el propósito de mejorar la calidad de vida de los individuos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar la movilidad física en adulto mayor sedentario del Club Sagrado Corazón de Jesús - La Libertad. 2017

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conocer el estilo de vida de los adultos mayores sedentarios mediante una encuesta.
- ✓ Identificar las alteraciones y patologías que presentan los adultos mayores en relación a su desplazamiento.
- ✓ Determinar el grado de dependencia funcional en adultos mayores perteneciente al Club Sagrado Corazón de Jesús de acuerdo a los resultados proporcionados por medio del índice de Barthel.

1.5 Viabilidad y factibilidad

La viabilidad y factibilidad de este trabajo se debe al apoyo que brindan las personas voluntarias encargadas del Club Sagrado Corazón de Jesús y al grupo de adultos mayores sedentarios dispuestos a colaborar con el objetivo de estudio recalcando la importancia que abarca este tema, además permite conocer el estilo de vida que ellos mantienen y sobre todo evaluar la movilidad física que se reflejan en ellos, para poder alcanzando la autonomía del mismo.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco institucional

El cantón La Libertad es un lugar eminentemente comercial, su principal fuente de producción es el petróleo, los habitantes se dedican a varias acciones turísticas. Fue creado el 14 de abril de 1993, cuenta con 95.942 habitantes entre hombres y mujeres. En este sitio no hay estadísticas exactas sobre el porcentaje de adulto mayor, eventualmente se refleja un 15% (Miranda, 2014). Además se observa la falta de programas de ejercicios físicos y actividades recreativas que permitan mejorar o mantener la estabilidad del individuo, el estilo de vida sedentario es uno de los principales problemas de salud en este cantón.

Dentro de las instalaciones de la iglesia Sagrado Corazón de Jesús se encuentra el Club de adultos mayores ubicado en la ciudadela San Raymundo del cantón la Libertad, fue creado el 7 de junio del año 2017 por el Psic. Clínico Kleber Mocanchi y el párroco de la localidad Pierluigui Carlotti Simoni, está conformada por 42 personas; 32 mujeres y 10 hombres con una edad promedio de 65 a 92 años de edad respectivamente, los horarios de atención son los días martes y viernes desde las 8:00 a.m. a 13:00 p.m. En la actualidad está a cargo del Sr. Roberto Florentino Alvarado Barahona quien labora conjuntamente con las personas voluntarias del lugar.

2.1.1 Marco legal

Constitución de la República del Ecuador del año 2008

Sección primera.

Art. 36 Se consideran personas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad, las cuales recibirán atención especializada y prioritaria en ámbitos privados y públicos, en especial en los campos de economía, inclusión social, y protección contra la violencia.

Art. 37: El estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- 1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- 2.- El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones
- 3.- La jubilación universal.
- 4.- Rebajas en los servicios públicos y servicios privados de transporte y espectáculos
- 5.- Exenciones en el régimen tributario
- 6.- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo a la ley.
- 7.- El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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

Plan Nacional del Desarrollo

Intervenciones emblemáticas para el eje 1

Plan Toda una Vida / Mis Mejores Años

Con la finalidad de precautelar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles una vida digna y saludable, nace la intervención Mis Mejores Años como un instrumento que busca la inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación oportuna de servicios como la atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal.

Con la finalidad de contribuir con una vida digna para el adulto mayor se requiere acciones coordinadas y articuladas entre: el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el M.S.P y el Ministerio del Deporte (Constitución del Ecuador, 2017).

Ley del Anciano Capítulo I

Disposiciones Fundamentales

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

Organismo de ejecución y servicios

Art. 4. Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección del anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano, en toda y cada una de las provincias del país
- b) Coordina con la Secretaría de Comunicación Social, Consejo Provinciales, Consejos Municipales en los diversos programas de atención al anciano;
- c) Otorgar asesoría y capacitaciones permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación.
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor.
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano (MSP, 2012).

Ministerio de Inclusión Económica y Social

Del direccionamiento estratégico del ministerio de inclusión económica y social,
Capítulo I:

Art. 1.- Misión.- establecer y ejecutar políticas, regulaciones, estrategias, programas y servicios para la atención durante el ciclo de vida, protección especial, aseguramiento universal no contributivo, social e inclusión económica de grupos de atención prioritaria

(niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad) y aquellos que se encuentran en situaciones de pobreza y vulnerabilidad.

Art. 8.- Objetivos estratégicos.- los objetivos estratégicos que guían la gestión de MIES son los siguientes:

4.- Aportar al desarrollo integral de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y la integración e interacción social de las personas con discapacidad, en sus diversas etapas de la vida, mediante servicios de cuidado e inclusión social.

5.- Prevenir la violación de derechos y garantizar la protección especial de la población que se encuentran en situación de vulnerabilidad dentro de atención del MIES.

10.- Promover la atención de la población a lo largo de su ciclo de vida (niña, niño, adolescentes, jóvenes, adulto mayor), priorizando sus acciones en aquellos individuos o grupos que viven en situación de exclusión, discriminación, pobreza o vulnerabilidad.

Dirección de la población adulta mayor: misión, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas para fomentar la ciudadanía activa de la población adulta mayor y su envejecimiento positivo, así como la promoción de los derechos del adulto mayor y la prevención de la violación de los mismos.

Objetivo del programa Nacional de Promoción del envejecimiento activo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, jubilados, activos, pensionistas y beneficiarios del IESS a través de la promoción, prevención, y mantenimiento del envejecimiento activo y saludable.

Objetivos Específicos:

- ✓ Promoción de estilos de vida saludables.
- ✓ Prevención de la dependencia funcional y mental.
- ✓ Recuperación, rehabilitación y mantenimiento de la salud integral y fortalecimiento de red social y familiar.

Programas para el adulto mayor

En el Ecuador el Programa Nacional del Envejecimiento Activo contiene actividades de promoción de salud y derechos del adulto mayor, tales como:

- ✓ Educación al adulto mayor sobre estilos de vida saludables.
- ✓ Educación nutricional dirigida a grupos con riesgo metabólico.
- ✓ Educación al adulto mayor para prevención de riesgos de accidentes dentro y fuera del hogar.
- ✓ El Programa Nacional del Envejecimiento Activo contiene actividades de prevención de deterioro funcional y mental, tales como: gimnasia general de mantenimiento (con profesionales capacitados), bailoterapia, caminatas y actividades al aire libre
- ✓ Motricidad fina: manualidades

Actividades de recreación y ocupación adecuada al tiempo libre: artísticas, ocupacionales, educativas, participación social como día del jubilado, día internacional del adulto mayor, jornadas recreativas. La dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar en cumplimiento de sus competencias fortalecerá la atención integral a los adultos mayores a través "Programa Nacional de salud Integral e integrada para un Envejecimiento Activo", cuyo objetivo es fortalecer la red de servicios de salud, coordinado con los recursos sociales, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a través de la prevención y promoción de estilos de vida saludables, fundamentando en la atención primaria y vinculado a la atención geriátrica que se realizará en los Centros de Atención al Adulto Mayor (CAAM) conjuntamente con las Unidades de Salud (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).

2.2 Marco contextual

2.2.1 Antecedentes investigativos

Las investigaciones realizadas en Centros de Bienestar Bucaramanga denominados Efecto de estrategias de cuidados de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadoras de la salud, manifiesta que se les aplicó terapias físicas basado en los modelos de enfermería a 67 sujetos en estudio correspondientes a 4 centros de la ciudad, los resultados indican que el 55% se benefician con las actividades

físicas porque satisfacen sus necesidades de una manera autónoma (Rodríguez, Moreno, & Jimenez, 2013).

En Colombia se ejecutó un estudio llamado Caídas y capacidad funcional entre ancianos colombianos que realizan y no realizan ejercicios:

La muestra utilizada fue de 130 adultos mayores en los cuales se dividió en dos grupos de 65 personas de ellos solo un grupo mantenía la rutina de ejercicios, obteniendo como resultado que los ejercicios no son suficientes para prevenir caídas, pero sí, una estrategia de ayuda para no mantener una vida sedentaria dando lugar a que mejoren su calidad de vida e independencia (Curcio & Gomez, 2013).

El adulto mayor sufre cambios y alteraciones en su estado físico, disminuye la fuerza y el tono muscular, por tal motivo es indispensable ejecutar ejercicios que proporcionen flexibilidad, fortaleza, resistencia y relajación muscular.

En el Ecuador la condición de vida de las personas adultas mayores incrementa la inestabilidad del hogar, el sedentarismo prolongado conlleva a la pérdida de fuerza, flexibilidad, equilibrio, y son vistos como una carga para la familia, por tal motivo los envían a un asilo para que los atiendan de acuerdo a sus necesidades (Lucero, 2014). Es importante que las familias contribuyan en acciones integrales con la finalidad de revalorizar el rol y conservar la independencia mejorando la capacidad funcional de las personas en la sociedad

Quimí en su estudio sobre la estrategia metodológica para mejorar el estilo de vida en adultos mayores menciona que la Prefectura de Santa Elena en el año 2016 dirigido por la Lic. Elvira Canales ejecutó un proyecto denominado Autoestima Laboral del Adulto Mayor realizando talleres basados en artículos para el hogar de forma gratuita facilitándoles materiales para su elaboración, esta estrategia está enfocada en ocupar su tiempo libre y generar de una u otra manera ingresos económicos(Quimí, 2017).

La movilidad es un componente esencial en la vida del ser humano especialmente en los adultos mayores, al indagar los estudios antes mencionados se halla similitud al afirmar que el ejercicio aporta de manera significativa para mejorar la capacidad motriz, reduce el estrés, depresión, aumenta la autoestima e incrementa la motivación personal y el bienestar general, logrando su independencia y reducir el riesgo de caída.

2.2.2 Fundamentación científica

2.2.2.1 Adulto Mayor

Término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprenden personas que tienen más de 65 años de edad. El adulto mayor se enfrenta a una etapa de la vida, la cual se considera la última fase en la que los proyectos de vida ya se han consumado (Shanas, 2014). Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que en ocasiones genera problemas de salud por la preocupación o angustia ante la falta de ingresos económicos.

2.2.2.2 Movilidad en el adulto mayor

Los defectos de la deambulación no representan generalmente un problema aislado reflejan la interacción entre patologías relacionadas y deterioro fisiológico en función de la edad, la inestabilidad no depende solo de la marcha, sino también de la interacción entre el individuo y el ambiente. La movilidad efectiva depende del grado de lucidez mental, de la motivación al movimiento, de una adecuada funcionalidad cardiorrespiratoria y de la capacidad de movilizarse con o sin ayuda de soportes mecánicos o modificaciones ambientales (Gentenatural, 2013).

2.2.2.3 Ejercicio físico en el adulto mayor

El ejercicio físico es aquel acto motor que se realiza voluntariamente con la finalidad de mejora personal, es toda actividad que se realiza de forma secuencial, ordenada, continua, y deliberada, los beneficios de esta acción ayudan a mantener una vida más duradera y un envejecimiento activo (Mosston, 2015).

2.2.2.4 Actividad física requerida en el adulto mayor

La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal que resulta de un gasto energético que va desde caminar, correr, subir o bajar escaleras con la finalidad de evitar el ocio, no es otra cosa que movimientos de algunas estructuras corporales originado por la acción de músculos esqueléticos del cual se deriva un determinado gasto de energía (Becerro, 2014).

2.2.2.5 Alimentación

Es un conjunto de alimentos que aporta nutrientes y energía, permite mantener las funciones del organismo. Es necesario que el adulto mayor lleve una dieta equilibrada, variable que contenga proteínas, carbohidratos, vitaminas, lípidos y sales minerales. Una dieta es aquella que asegura una completa satisfacción biopsicosocial (Bourgues, 2013). Los hábitos alimenticios ayudan a evitar problemas cardiovasculares, permite controlar el nivel de insulina en la sangre y evitar bruscas elevaciones basados en la pirámide alimenticia.

2.2.2.6 Estilo de vida del adulto mayor

Es la conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización, dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales, por tanto no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (OMS, 2014).

2.2.2.7 Sedentarismo

Fracción entre el consumo energético realizado en actividades que requieren al menos 4 equivalentes metabólicos y el consumo energético total (Sloutskis, Morabia, & Bernstein, 2013).

2.2.2.8 Independencia

Capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda o ninguna. (García, 2015).

2.2.3 Fundamentación de enfermería

La enfermería se basa en fundamentos teóricos y metodológicos, constituye la base de las orientaciones del pensamiento enfermero de acuerdo al método científico para actuar desde una perspectiva holística. Las teorías y modelos de enfermería son una serie de conceptos interrelacionados, proporcionan una perspectiva sistemática, pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica.

2.2.3.1 Teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson

Durante la década del 1980 Virginia Henderson a lo expuesto, publicado por Florence Nightingale decidió publicar su teoría, el modelo teórico tiene muchas interpretaciones, define que la enfermera se tiene que centrar en la persona enferma pero también en la sana, conjuntamente integró la dimensión espiritual sin separar la mente del cuerpo. Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que tienen todos los seres humanos, ve a la persona como un eje principal de acuerdo a su modelo conceptual para conseguir la independencia.

La autora identifica los elementos fundamentales del modelo que representan el “qué hacer”:

- a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.
- b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.
- c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (hacer con), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (hacer por).
- d) Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.

8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud (Bellido, 2014).

Es indispensable integrar las necesidades humanas de la autora, no solo la capacidad física y habilidades mecánicas, sino también la capacidad para llevar a término las acciones o compromisos adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades relacionadas con la motivación, dando origen a un desarrollo sano, autodependiente y participativo.

2.2.3.2 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

El primer libro fue publicado en el año 1971, donde se expone los principales conceptos de su teoría, cabe mencionar que Dorothea no tuvo un autor que influya en su teoría, pero tuvo inspiraciones por varios elementos relacionados con la enfermería como fueron Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem en su teoría del autocuidado menciona 4 aspectos importantes: la persona, el entorno, la salud y la enfermería considerándolos puntos claves que ayudan a identificar el factor de riesgo de ciertas patologías, esta teoría se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto, tales como:

- ✓ Teoría del autocuidado: es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona, asociados con períodos de crecimiento y desarrollo,

estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

- ✓ Teoría del déficit de autocuidado: las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de ellos, es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.
- ✓ Teoría de los sistemas enfermeros: señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Se organizan según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera, de la siguiente manera: sistema completamente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

La teoría propuesta establece un marco general para dirigir las acciones de enfermería y establece como se aplican las acciones por sistemas, dirige la práctica hacia una meta basada en la cantidad y el tipo de agencia de enfermería (capacidades y habilidades de la enfermera), además, recalca las razones por las que el individuo necesita de cuidados específicos del personal de enfermería, manifestando la importancia del apoyo educativo en los adultos mayores con la finalidad de que adquieran hábitos que contribuyan al mejoramiento del estado de salud a través de ejercicios físicos que eviten el sedentarismo y ayuden a disminuir el deterioro de la movilidad física mediante el uso adecuado de los dispositivos de ayuda, fomentando de alguna manera la independencia y así gozar de un estado óptimo de salud.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- ✓ Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.

- ✓ Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- ✓ Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- ✓ Prevención de la incapacidad o su compensación.
- ✓ Promoción del bienestar

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Landiuo, Méndez, & Quiroz, 2015).

2.3 Hipótesis, Variables y operacionalización

2.3.1 Hipótesis

Los determinantes como la falta de conocimiento sobre los ejercicios físicos y los malos hábitos alimenticios, influyen en la movilidad física de los adultos mayores sedentarios del Club Sagrado Corazón de Jesús, cantón La Libertad.

2.3.2 Asociación empírica de variables

2.3.2.1 Variable dependiente - Movilidad física

La movilidad física es la capacidad de moverse libremente, es esencial para el funcionamiento adecuado de los huesos y los músculos, se considera un componente importante de la vida ya que beneficia a mantener su independencia, protegerse de traumatismos, cubrir las necesidades básicas, influye de manera significativa en la autoestima y la imagen corporal.

2.3.2.2 Variable independiente - Adultos mayores sedentarios

Se consideran adultos mayores a un grupo etéreo con edades comprendidas desde los 65 años en adelante, estos individuos llevan un estilo de vida con escasa actividad física prevaleciendo el sedentarismo como uno de los principales factores determinantes a la aparición de ciertas patologías que afectan la salud.

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variable dependiente

✓ Movilidad física

Dimensión	Indicadores	Escala
MOVILIDAD FÍSICA	Actividad física	Caminar
		Correr
		Bailoterapia
		Otros
	Frecuencia de la actividad física	Todos los días
		Una vez a la semana
		Un vez al mes
		Nunca
	Dependencia	Dependiente
		Independiente

Elaborado por: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Variable independiente

✓ Adultos mayores sedentarios

Dimensión	Indicadores	Escala
ADULTOS MAYORES SEDENTARIOS	Necesidades diarias	Cepillarse los dientes
		Comer
		Vestirse
		Bañarse
		Ninguna
	Patología actual	Osteoporosis
		Hipertensión
		Diabetes
		Artritis
		Otras
	Alimentación	Proteínas
		Líquidos
		Carbohidratos
		Lípidos

Elaborado por: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de estudio

Investigación exploratoria: Analiza o examina el tema en estudio que hasta la fecha de investigación no ha sido abordada, desconociendo literatura del mismo. Esta investigación establece apertura a otras investigaciones posteriores.

Investigación transversal: Este trabajo de investigación se realiza en una población definida y en un tiempo específico en relación con la evaluación de la movilidad física del adulto mayor, aporta datos útiles para diferentes investigadores e interpreta fácilmente los resultados de los objetivos planteados.

Investigación Descriptiva: Busca especificar propiedades importantes del objeto de investigación. Mide o evalúa diversos aspectos del objeto de estudio, por medio de la investigación descriptiva se logra medir la información recolectada a través de la observación, encuesta y escala con el propósito de describir, analizar, e interpretar sistemáticamente el deterioro de la movilidad física.

3.2 Universo y muestra

La población de estudio son 42 adultos mayores entre ellos 30 mujeres y 12 hombres pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús del cantón la Libertad.

3.3 Técnica e Instrumento

Encuesta: Instrumento para conocer el estilo de vida, aplicado a los 42 adultos mayores sedentarios pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús.

Índice de Barthel: Herramienta que permite evaluar 10 tipos de AVBD con mayor facilidad, puntúa de 0 – 100, consiste en identificar la dependencia funcional del adulto mayor en cuatro grupos: leve, moderada, grave y severa o total, este índice se modificó previa a la aplicación según necesidad de las investigadoras a individuos pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús.

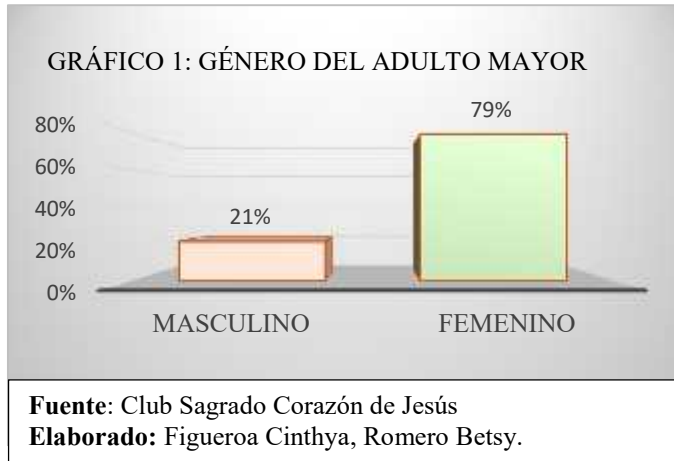
3.4 Procesamiento de la información

Es un programa computacional también llamado hoja de cálculo. Excel es un sistema informático desarrollado por Microsoft y forma parte de Office que incluye otros programas como Word y PowerPoint. Se distingue de los demás porque nos permite trabajar con datos numéricos, es decir, nos permite realizar cálculos, crear tablas o gráficos y analizar los datos con herramientas tan avanzadas como las tablas dinámicas.

CAPÍTULO IV

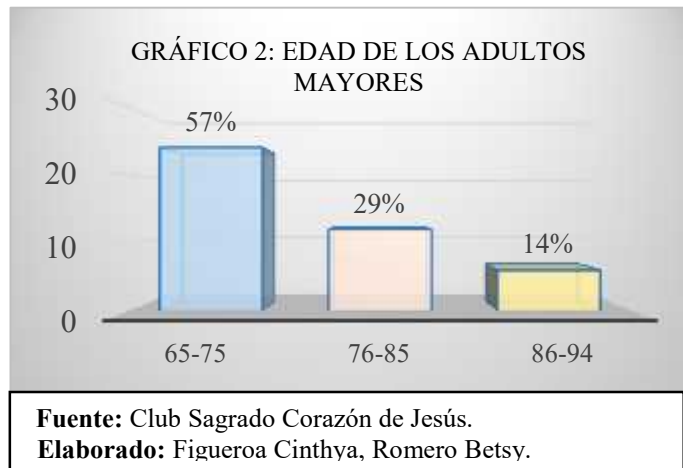
4.1 Análisis e interpretación de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se procede al análisis y a la tabulación de los mismos:



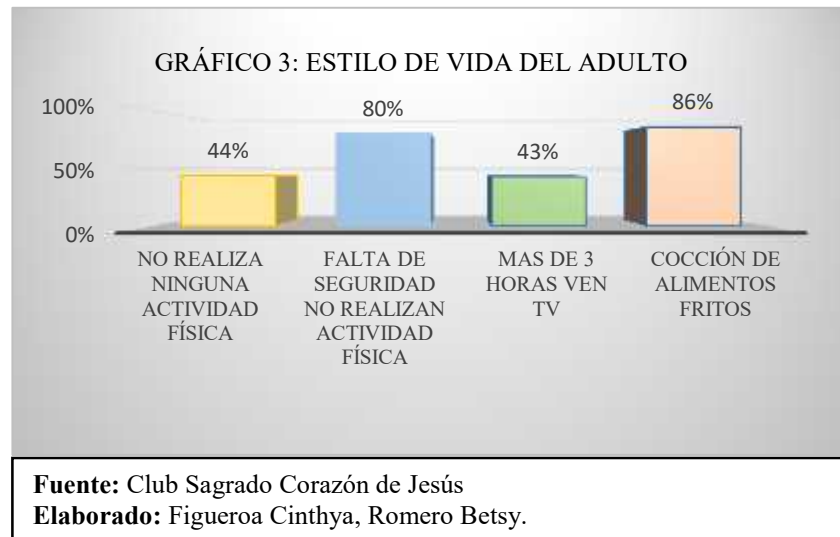
El universo de esta investigación tiene un total de 42 adultos mayores concerniente al Club Sagrado Corazón de Jesús, Cantón La Libertad, de los cuales son 9 hombre que corresponden al 21% y 33 mujeres pertenecientes al 79% de la población.

En la encuesta se puede constatar que 24 integrantes del club tienen edades comprendidas entre 65 y 75 años representando un 57% de la muestra poblacional, 12 están encasilladas en las edades de 76 – 85 años alcanzando un 29%, 6 clasificados en edades de 86 hasta 94 años obteniendo un 14% de la muestra, delimitando que esta edad es la más avanzada en este club.

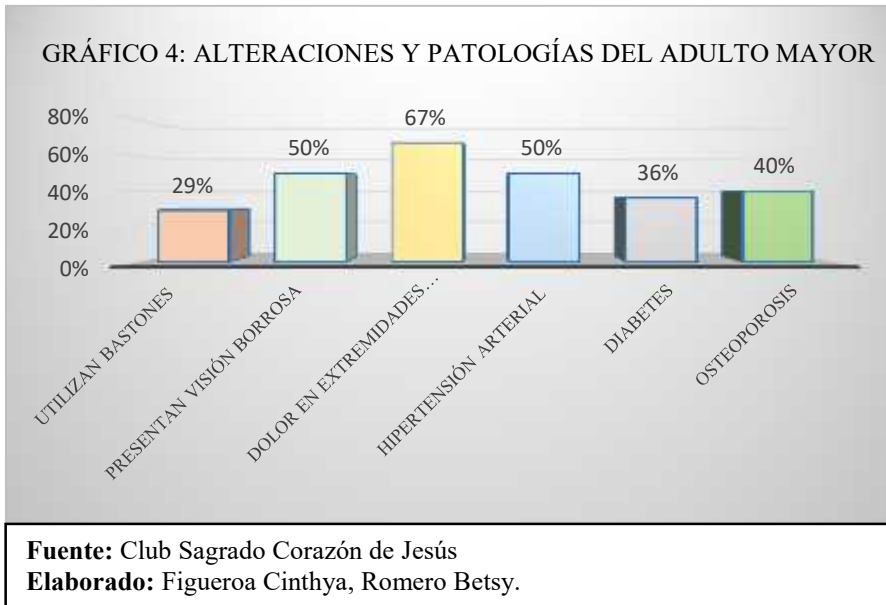


Cumpliendo con el primer objetivo específico, se fundamenta en conocer el estilo de vida de los adultos mayores del Club Sagrado Corazón de Jesús, de acuerdo a los resultados obtenidos, de las 42

personas encuestadas, el 44% indica no realizar ningún tipo de ejercicios físicos aunque la OMS recomienda que los adultos mayores deben dedicar 150 minutos en sesiones de 10 minutos como mínimo, por



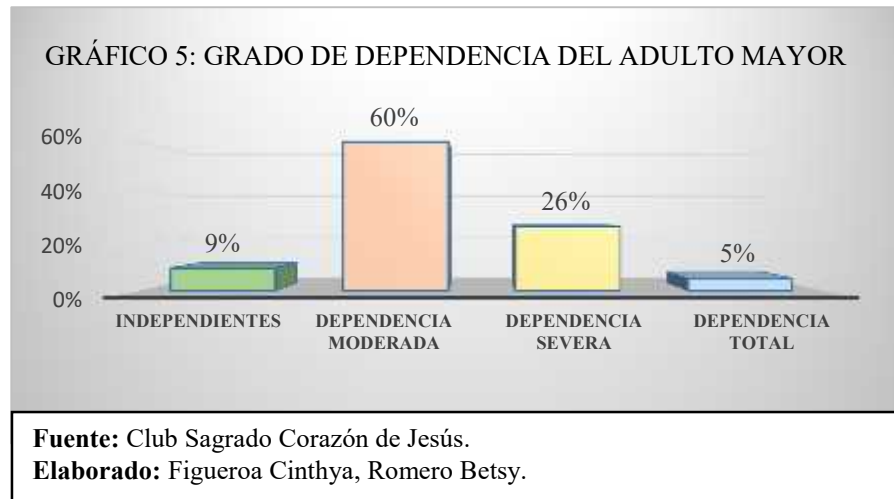
consiguiente el 80% manifiesta no ejecutar actividades por falta de seguridad recalando sentir temor a caídas. El 43% se dedica a ver televisión por más de tres horas, cabe mencionar que esto puede producir un riesgo de discapacidad relacionada con la movilidad según un estudio publicado por la Revista de Salud y Bienestar, por otro lado tenemos que el 86% de los longevos prefiere la cocción de los alimentos fritos tales como papas fritas. Es necesario hacer énfasis en un envejecimiento activo tal como lo estipula la Ley del anciano donde garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal, desarrollar actividades ocupacionales encaminadas a promover la salud con programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los individuos en estudio, así como se menciona en el marco teórico. El estilo de vida del adulto mayor del club es la conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización, estos dichos comportamientos son interpretados y puestos a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales, por tanto no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones, para esto es conveniente fomentar una mejor calidad de vida en los individuos, familia y comunidad.



Respondiendo el segundo objetivo específico, al identificar las alteraciones que presenta el adulto mayor en relación a su desplazamiento, del Club Sagrado Corazón de Jesús, los resultados obtenidos mediante

la encuesta reflejan que el 29% utiliza bastones por presentar dificultad al momento de movilizarse y sentir temor a caídas, así mismo se observó que la mayoría de los longevos no utilizaba ningún soporte. Además, la pérdida o deterioro de los sentidos se hacen presente en esta edad, tales como las alteraciones oculares que se manifiestan como visión borrosa alcanzando un 50%, siendo esta la modificación más común en este grupo, sumado a esto mencionan tener mareos repentinos, constantes con duración de varios segundos, así mismo prevalece un 67% de este grupo poblacional con dolor en las extremidades inferiores, señalan tener molestias a nivel de articulaciones por la patología de base. Es importante mencionar las patologías encontradas en esta población, la de mayor relevancia es la Hipertensión con un 50%, esto se da por la alta presión que ejerce el corazón sobre las paredes de las arterias, también existe en el club un 36% de individuos que padecen Diabetes, enfermedad metabólica en la que se produce un exceso de glucosa en sangre o en orina, por último la Osteoporosis alcanza un 40%, afección en la que los huesos se debilitan y se vuelven frágiles.

Cumpliendo con el último objetivo específico que consiste en determinar el grado de dependencia funcional en adultos mayores pertenecientes al Club Sagrado



Corazón de Jesús, de acuerdo a los resultados proporcionados por medio del índice de Barthel, se determina que 4 individuos representan el 9.5% obteniendo un puntaje de 100 en AVBD, es decir, mantienen control de heces y orina, se alimentan, se visten, suben y bajan la escalera por sí solos, denominándolos seres independiente. Por otro lado tenemos que 25 personas correspondientes al 60% reflejaron dependencia modera, de acuerdo a la severidad funcional necesitan ayuda para realizar cierto tipo de actividades, 11 sujetos representan el 26%, se clasifican como dependientes severos puesto que solicitan ayuda para realizar más de tres actividades al día, 2 longevos son dependientes totales porque requieren de ayuda para realizar la mayoría de sus actividades, finalmente el 5% necesita apoyo indispensable y continuo de algún cuidador. Haciendo referencia a la teoría mencionada en la fundamentación de enfermería la Teoría del autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente llevar a cabo por si solas, es decir, mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continúa, conforme con los requisitos reguladores de cada persona, asociados con períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales

Con dichos resultados damos cumplimiento al objetivo general que consiste en evaluar la movilidad física en adulto mayor sedentario del Club Sagrado Corazón de Jesús, comprobando la hipótesis y determinantes como la falta de conocimiento sobre los ejercicios físicos y los malos hábitos alimenticios que influyen en la movilidad física. Uno de los objetivos específicos del trabajo de investigación es “Determinar el grado de dependencia funcional en adultos mayores perteneciente al Club Sagrado Corazón de Jesús de acuerdo a los resultados proporcionados por medio del índice de Barthel”, para ello se determinó que la mayoría presentan dependencia moderada, es decir, necesitan ayuda pero no es su totalidad para realizar actividades diarias.

4.2 Conclusiones

- ✓ De acuerdo a la investigación realizada, se concluye que es importante promover una vejez sana que incluya una alimentación adecuada, una buena higiene y controles médicos oportunos, para poder mantener una vida útil, productiva e independiente en los adultos mayores sedentarios del Club Sagrado Corazón de Jesús.
- ✓ Se evidencia que el inadecuado estilo de vida que han adquirido durante años los adultos mayores, se ve reflejado en las diferentes alteraciones, tales como: desplazamiento y visión borrosa, causando pérdida o disminución de la movilidad física siendo un factor evidente ante el riesgo de caídas, además de patologías como diabetes, hipertensión, osteoporosis.
- ✓ Los resultado del índice de Barthel indican que el 60% de los adultos mayores tienen dependencia moderada porque no realizan todas las actividades por sí solos, 26% son dependientes severos, el 9.5% son independientes y un 5% son dependientes totales, es decir, dependen del rol de un cuidador familiar, requieren ayuda en general para sus actividades básicas, la obtención de ambos datos inducen que en esta etapa de la vida se producen alteraciones físicas.

4.3. Recomendaciones

- ✓ Es recomendable capacitar al personal del Club Sagrado Corazón de Jesús, a los cuidadores y los longevos mediante charlas educativas nutricionales, la intervención educativa mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación, dando a conocer la pirámide alimenticia, alimentos que pueden consumir y su correcta cocción para disminuir esta problemática.

- ✓ Es necesario cuidar de la salud de los adultos mayores de Jesús, conseguir un envejecimiento activo logrando su independencia el mayor tiempo posible, por tanto se sugiere fomentar ejercicios físicos dedicando 150 minutos semanales en sesiones de 10 minutos como mínimo con el fin de conseguir el fortalecimiento muscular, coordinación y equilibrio de acuerdo a la Organización Mundial de Salud, con el propósito de disminuir el sedentarismo.

- ✓ Es importante mejorar la dependencia en los adultos mayores, por ello se recomienda la elaboración de una guía de cuidados de enfermería que permita disminuir la limitación de los movimientos en los individuos, con el fin ejecutar actividades básicas de la vida diaria de una manera autónoma, basadas en información revelada por parte del Ministerio de Salud Pública para disminuir la dependencia.

4.4 Bibliografía

4.4.1 Bibliografía consultada

Ahonen, J., Lahtinen, T., Pogliani, G., & Wirhed, R. (2016). Kinesiología y anatomía aplicada de la actividad física. Paidotribo (2 ed., Vol. 3). España.

Alvarado , F., & Alvarado, R. (2015). Los cambios sociodemográficos en los cantones y parroquias de la provincia de Santa Elena, período 1950-2010. Unigraf. Santa Elena.

Alvarez , J., & Macias, J. (2013). Dependencia en geroatría. Salamanca (7ed., Vol. 3). España.

Berman , A., & Snyder, S. (2013). Fundamentos de enfermería (9 ed., Vol. 5). pearson educación, S.A. Madrid.

Ceballos, O. (2012). Actividad Física en el adulto mayor. Manual Moderno (2 ed., Vol. 3). México.

Castellano, A. L. (2013). Pedagogía de Los Ejercicios Físicos. Prado (5ed., Vol. 7). Bogota.

Cruzado, J. A. (2013). Manual de psicooncología. Pirámide (4 ed., Vol.3). Madrid.

Daichman, & Quiroga. (2013). La atención al adulto mayor por causa del deterioro de la edad. Ministerio de Salud. Chile.

Gutiérrez, R. L. (2013). Nutrición, Salud y bienestar del adulto mayor. American Health. México.

Gutierrez, L. (2014). Gereatría, Acompañamiento. Mexicana (2 ed., Vol.5). México.

Huenchuan , S., & Rodriguez, R. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. México.

Kisner, C., & Colby, L. A. (2014). Ejercicio Terapéutico. Paidotribo (3 ed., Vol. 1). Barcelona.

- Maranzano, S. (2013). *Actividad física para la tercera edad*. Dunken (4 ed., Vol. 2). Buenos aires.
- Martinez González, M. Á. (2017). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. Elsevier. España.
- Nuria, G. (2016). *Actividad física y envejecimiento* (2 ed., Vol. 1). S.I. España.
- Pancorbo, A., & Pancorbo, E. (2013). *Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica*. Madrid.
- Pineda, E. (2015). *Notas de Enfermería, dependencia del adulto mayor* (2 ed., Vol. 4). S.I. México.
- Rodríguez, A. N. (2014). *Manual de sociología gerontológica* (5 ed., Vol. 2). S.I. España.
- Schafer, A., & Goldman, L. (2016). *Tratado de medicina interna* (25 ed., Vol. 1). España.
- Velez, C., Parra, J., & Vidarte, J. (2014). Niveles de sedentarismo. *Aquichan*, 14(3), 14-16. Estados Unidos.

4.4.2 Bibliografía citada

- Allevato , M. A. (2013). *Envejecimiento*. Scielo, 26-32. España.
- Becerro, M. (2014). *Actividad física, salud y calidad de vida*. Renacimiento. Cuba.
- Bellido, J. (2014). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España.
- Burke. (2013). *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. Elsevier. España.
- Curcio , L., & Gomez, J. (2013). *Caídas y capacidad funcional entre ancianos colombianos que realizan y no realizan ejercicio*. Reoalycorg. Colombia.
- Dunlop, D. (2014). *Sedentarismo afecta a adultos mayores*. Horizonte. Monterrey.
- García. (2015). *Envejecimiento*. Scielo. Colombia.

- Landiuo, J., Méndez, Y., Paz, N., & Quiroz, E. (2015). Cuidado de Enfermería. Ciencias de la Salud. España.
- Lucero, H. (2014). Condición de vida de las personas adultas mayores en el Ecuador. Quito.
- Mauk, K. (2015). Actividades básicas del adulto mayor. Enfermería geriátrica. España.
- Mendoza. (2014). Voluntarios, cuidadores. Adulto mayor. Ecuador.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). Agenda de igualdad para Adultos Mayores. 9-12. Ecuador.
- Penny, E., & Melgar, F. (2014). Geriatria y Gerontología, calidad de vida. La hoguera. Bolivia.
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Deficit de autocuidado: Dorothea Orem. Scielo. España.
- Rémi, B. (2015). La columna cervical, evaluación clinica y aproximaciones terapéuticas. Médica Panamericana. Bogota.
- Rivera. (2016). Sedentarismo en adultos mayores. Medicine and Science in Sport and Exercise, 12-19. Colombia.
- Rivadeneira, L. (2017). La provincia de Santa Elena de la utopia a la realidad. More. Santa Elena.
- Rodriguez, B., Moreno, C., & Jimenez, N. (2013). Efecto de estrategias de cuidado de enfermeria en el adulto con deterioro de la movilidad fisica y conductas generadoras de la salud en centros de bienestar. Cuidarte. Bucaramanga.
- Santivañez, D., & Ríos, L. (2016). Sedentarismo en los adultos mayores. La Paz.
- Shanas. (2014). Signifiaco del adulto mayor. S.I. España.
- Stanley, M., Blair, K., & Gauntlett, P. (2013). Enfermería Geriátrica. Mexicana. México.
- Vidal, F. (2013). Exclusión social y estado de bienestar. Comillas. España.

4.4.3 Bibliografía en línea

- Boulch. (2013). Coordinación y equilibrio. Ejercicios en adultos Mayores. España. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd158/la-coordinacion-y-el-equilibrio-dentro-de-la-educacion-fisica.htm>
- Bourguez. (2013). Alimentación en adultos mayores. Nutrición. Cuba. Disponible en http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=145
- Castanedo, García, & Noriega. (2013). Vejez y envejecimiento. Adulto Mayor. Bucaramanga. Disponible en http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Luque, F., & Laínez, E. (2014). Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores, Centro de Atención Integral del adulto mayor "Sagrada Familia". UPSE. Guayaquil. Disponible en <http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/1683>
- Madrigal, P., Ignacio, J., & Cagigal, G. (2014). Envejecimiento y usuario de Urgencias. SEEUE. México. Disponible en <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo/pagina11.html>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Norma y técnica población adulta mayor. Ecuador. Disponible en <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Mosston. (2015). Enseñanza de la educación física. Lantindex. España. Disponible en <https://marticobos.files.wordpress.com/2009/10/libro-muska-mosston-completo.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Adultos Mayores. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/

- Mousston. (2013). Coordinación y equilibrio. Actividad física. España. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd158/la-coordinacion-y-el-equilibrio-dentro-de-la-educacion-fisica.htm>
- Quimí, O. (2017). Estrategia metodológica para mejorar el estilo de vida en adultos mayores. Santa Elena. Disponible en <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4203/1/UPSE-TEF-2017-0002.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Envejecimiento y Salud. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Rojas, T. (2013). Trastorno de la movilidad física. Diagnostico de enfermería e intervención. España. Disponible en http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_transtorno_movilidad.pdf
- Zetina. (2014). Conceptualización del proceso del envejecimiento. Gerontología. España. Disponible en http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

ANEXO # 1
AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



UPSE

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA



CARRERA DE ENFERMERIA

Oficio No. 075 - CE - 2018

La Libertad, 05 de febrero de 2018.

Sr. Roberto Florentino Alvarado Barahona.
REPRESENTANTE DEL CLUB SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.
En su despacho.-

De mi consideración.

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

Estimada Directora, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle la autorización para que las estudiantes CINTHYA IVONNE FIGUEROA MAGALLAN y BETSY LISBETH ROMERO CARPIO puedan realizar el Trabajo de Investigación e Intervención con el tema: **EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES SEDENTARIOS CLUB SAGRADO CORAZON DE JESUS - LA LIBERTAD 2017 - 2018**, el mismo que tendrá un aporte a la salud de toda la comunidad.

Con la seguridad de contar con su apoyo para el desarrollo del trabajo a realizar por las estudiantes de la Carrera de Enfermería, quedo ante usted muy agradecida por su atención.

Atentamente.



Lic. Sonia Santos Holguin, MSc.
DIRECTORA DE LA CARRERA ENFERMERÍA

c.c./l/ao

ANEXO # 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados participantes:

Somos estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, como requisito previo para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, se realizará un trabajo de investigación, la cual tiene como tema: **EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN ADULTO MAYOR SEDENTARIO. CLUB SAGRADO CORAZÓN DE JESUS - LA LIBERTAD. 2017** siendo las investigadoras Figueroa Magallán Cinthia Ivonne y Romero Carpio Betsy Lisbeth.

Por lo que hemos considerado comunicarle sobre el propósito de la investigación el cual consiste en conocer el estilo de vida mediante una encuesta y el índice de Barthel para determinar el grado de dependencia que manifiestan los adultos mayores que asisten al Club Sagrado Corazón de Jesús.

La información obtenida a través de este estudio se mantendrá bajo estricta confidencialidad aplicando los principios éticos, su respuesta en la encuesta será anónima. El estudio no conlleva a ningún riesgo, por el contrario el evaluado conocerá el grado de dependencia funcional, permitiendo identificar en que parte necesita la ayuda. Este trabajo de investigación estará disponible en las instalaciones de la carrera de enfermería en caso de ser solicitado.

Su firma en este documento significa que ha aceptado participar, después de haber leído la información.

Agradecemos su participación

ANEXO # 3
ENCUESTA APLICADA



Universidad Estatal Península De Santa Elena
Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud
Carrera de Enfermería



Encuesta dirigida al adulto mayor del Club Sagrado Corazón de Jesús

Objetivo de la encuesta: Obtener información sobre el estilo de vida en adulto mayor sedentario del Club Sagrado Corazón de Jesús. La Libertad. 2017

Fecha:

Encuesta #

Datos demográficos:

Sexo: M ___ F ___

Ocupación: _____

Edad: _____ años

Instrucción: _____

Estado civil: _____

1.-Movilidad física

1.1 ¿Realiza algún tipo de actividad física?

Caminata ()

Actividades lúdicas ()

Bailoterapia ()

Aeróbicos ()

Ninguno ()

1.2 Razones por las que no realiza actividades físicas

Falta de tiempo ()

Falta de voluntad ()

Falta de seguridad ()

Falta de energía ()

Otros ()

1.3 ¿Con que frecuencia realiza actividad física?

Todos los días ()

Una vez a la semana ()

Tres veces a la semana ()

Un vez al mes ()

Nunca ()

1.4 ¿Cómo Ud. considera que camina?

Lento ()

Rápido ()

No camina ()

Normal ()

1.5 ¿Utiliza algún tipo de soporte?

Bastones ()

Andador ()

Silla de rueda ()

Ninguno ()

2.- Adulto mayor sedentario

2.1.- ¿Cuántas horas diarias duerme?

Menos de 5 horas ()

7 horas ()

8 horas ()

Sufre de insomnio ()

2.2 ¿Cuántas horas diarias se dedica a ver televisión?

30 minutos ()

Más de 3 horas ()

1 hora ()

Ocasionalmente ()

2.3 ¿Presenta alguna de estas alteraciones?

Visión doble ()

Mareos ()

Ceguera ()

Ninguno ()

2.4 ¿Siente dolor en su cuerpo al movilizarse de un lugar a otro?

Extremidades superiores ()

Extremidades Inferiores ()

Rodilla ()

Pelvis ()

Pie ()

Espalda ()

Ninguna ()

2.5 ¿Con qué frecuencia asiste a controles médicos?

Cada mes ()

Cada 6 meses ()

Cada 3 meses ()

Una vez al año ()

2.6 ¿Cuántas veces Ud. se alimenta?

2 veces al día ()

4 veces al día ()

3 veces al día ()

5 veces al día ()

2.7 ¿En su dieta diaria que tipo de alimentación mantiene?

Carbohidratos: pan (), fideos (), harinas ()

Proteínas: pollo (), carne () pescado ()

Aceites: vegetal (), animal ()

Lácteos: queso (), leche (), yogurt (), huevo ()

Bebidas: gaseosas (), jugos naturales (), té ()

2.8 ¿Come Ud. comidas rápidas?

Hamburguesa ()

Hotdog ()

Papas fritas ()

Ninguna ()

2.9 ¿Cómo Ud. prefiere la cocción de alimentos?

Al vapor ()

Asados ()

Fritos ()

Al horno ()

A la brasa ()

2.10 ¿Padece de alguna de estas patologías?

Osteoporosis ()

Hipertensión ()

Higado Graso ()

Diabetes ()

Especifique _____

ANEXO # 4
INSTRUMENTO APLICADO
ESCALA DE BARTHEL

(Actividades básicas de la vida diaria)

¿Requiere de asistencia?	Independiente (10 puntos)	Ayuda (5 puntos)	Dependiente (0 puntos)
1. Baño /Ducha			
Independiente: se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, sin ser supervisado. Ayuda: necesita ayuda para mantenerse de pie y bañarse. Dependiente: Necesita ayuda o supervisión.			
2. Vestido			
Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin ayuda. Ayuda: necesita ayuda pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda. Dependiente: necesita ayuda para realizar las tareas.			
3. Aseo personal			
Independiente: realiza actividades personales por sí solos, incluye lavarse la cara y las mano, peinarse, lavarse los dientes maquillarse y afeitarse Ayuda: necesita ayuda por lo menos para realizar una actividad personal. Dependiente: necesita ayuda para realizar más de 3 actividades.			
4. Uso del retrete			
Independiente: se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa Dependiente: necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.			
5. Uso de escaleras			
Independiente: sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita. Ayuda: necesita ayuda física para bajar o subir escaleras. Dependiente: es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ayuda completa.			
6. Control de esfínteres			
Independiente: puede controlar la vejiga (orina), intestinos (heces).			

Ayuda: utiliza sonda vesical pero puede controlar el esfínter anal. Dependiente: utiliza sonda vesical y pañal.			
7. Desplazamiento			
Independiente: puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Ayuda: puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda de otra persona. Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión. Dependiente: no camina solo o no impulsa su silla solo.			
8. Alimentación			
Independiente: come sin ayuda de alguien. Dependiente: necesita que alguien le de comer.			
9. Medicación			
Independencia: es capaz de tomar a su hora y dosis correcta. Ayuda: necesita que alguien le prepare la medicación. Dependiente: es capaz de hacerse cargo de su propia medicación.			
10. Cocina			
Independiente: no necesita ayuda para preparar los alimentos. Ayuda: necesita que alguien le corte los alimentos para continuar con la cocción. Dependiente: necesita que le preparen los alimentos.			
Puntuación total			
Dependencia funcional:			
✓ Leve: 91 a 99 puntos.			
✓ Moderada: 90 a 61 puntos.			
✓ Severa: 60 a 21 puntos.			
✓ Total: menor a 20 puntos.			

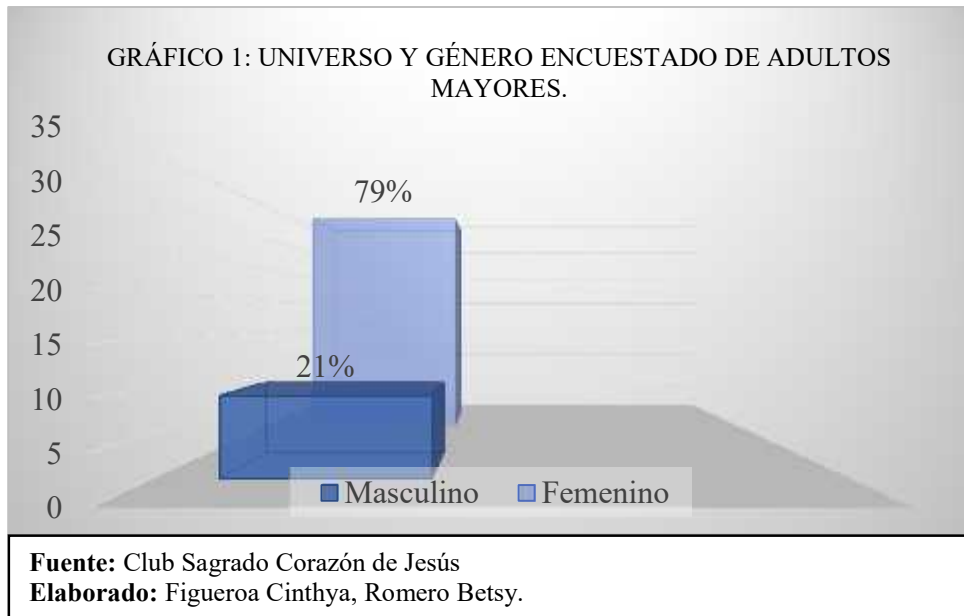
ANEXO # 5

TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE LA ENCUESTA

TABLA 1

UNIVERSO Y GÉNERO ENCUESTADO DE ADULTOS MAYORES.

Categoría	Número	Porcentaje
Masculino	9	21%
Femenino	33	79%
Total	42	100%

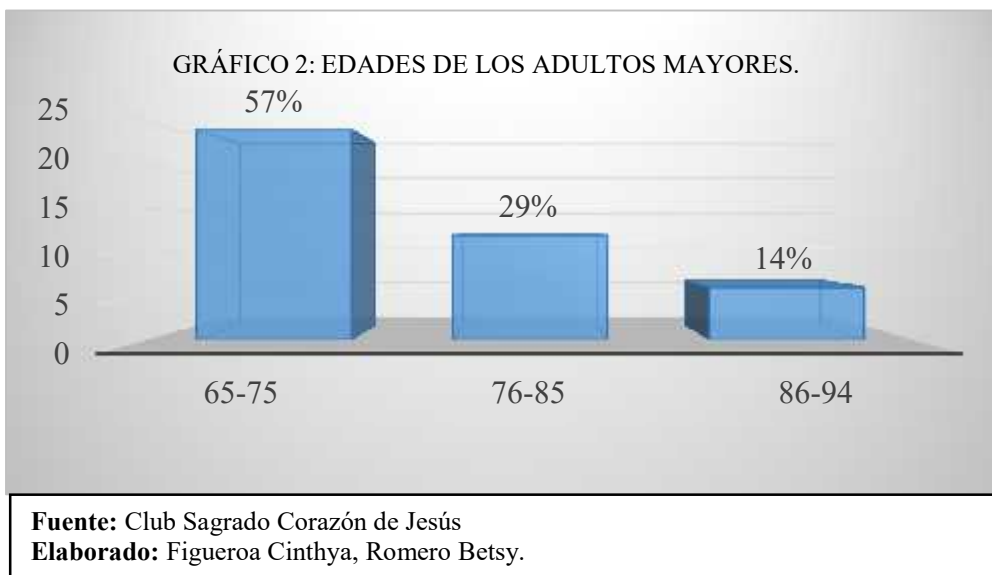


Análisis: El universo de esta investigación tiene un total de 42 adultos mayores pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús, de los cuales son 9 hombres que corresponde al 21% y 33 mujeres perteneciente al 79% de los individuos en estudio.

TABLA 2

EDADES DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría / Edad	Total	Porcentaje
65-75	24	57%
76-85	12	29%
86-94	6	14%
Total	42	100%



Análisis: En la encuesta se puede constatar que 24 integrantes del club tienen edades comprendidas entre 65 y 75 años que representa un 57% de la muestra poblacional, 12 están encasilladas en las edades de 76 – 85 siendo un 29%, 6 clasificados en edades de 86 hasta 94 años delimitando que esta edad es la más avanzada en este sitio obteniendo un porcentaje del 14% de la muestra.

TABLA 3

ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Soltero	16	38%
Casado	11	26%
Divorciado	3	7%
Unión Libre	1	2%
Viudo	11	26%
Total	42	100%



Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: Del estado civil actual de los adultos mayores se obtuvo que 16 son solteros siendo esta la cifra mayoritaria de la encuesta equivalente a un 38%, las cifras de casado y viudos coincidieron dando un valor de 11 cada uno, correspondiente a un 26%, divorciados con un total de 3 siendo equivalente a un 7%, finalmente el grupo minoritario es unión libre que se reflejó en una sola participante representando un 2% de las personas encuestadas.

TABLA 4

OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Ama de casa	12	29%
Sastre	1	2%
Agricultor	1	2%
Comerciante	1	2%
Ninguno	27	64%
Total	42	100%



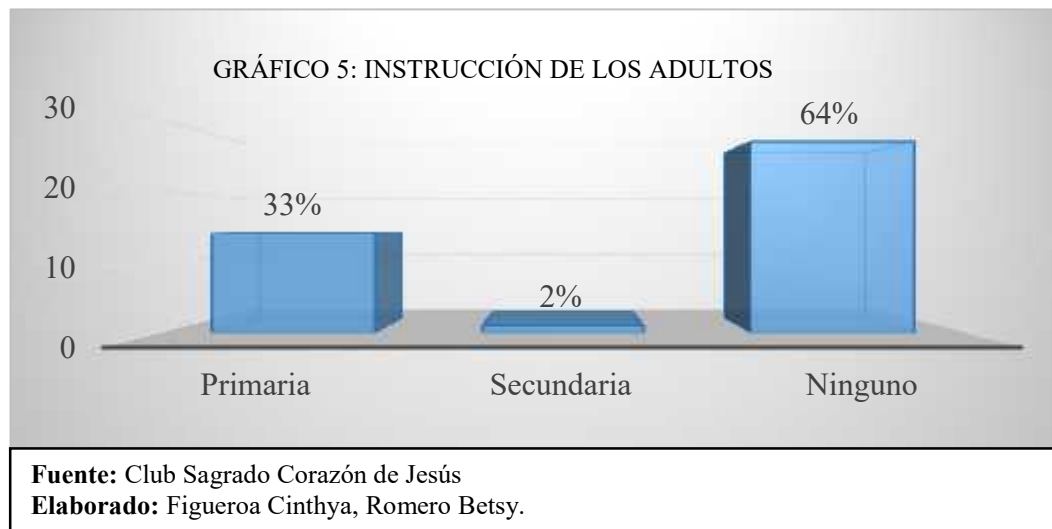
Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: Se puede observar mediante los datos estadísticos que existe un alto porcentaje de los adultos mayores que no desempeñan ninguna ocupación, ellos expresaban que su cuerpo no tiene la misma habilidad que antes, obteniendo un total 27 personas que corresponden un 64% de la población, 12 contestaron que realizaban los quehaceres domésticos (ama de casa) lo efectuaban pero con dificultad porque no dependían de alguien para que les facilite esta actividad. Las categorías restantes como: sastre, agricultor, comerciante, se clasificó como un grupo minoritario consiguiendo la cifra de una sola persona en las ocupaciones antes mencionadas pertenecientes a un 2 %, refieren que debían hacerlo puesto que es el sustento de su hogar.

TABLA 5

INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Primaria	14	33%
Secundaria	1	2%
Ninguno	27	64%
Total	42	100%

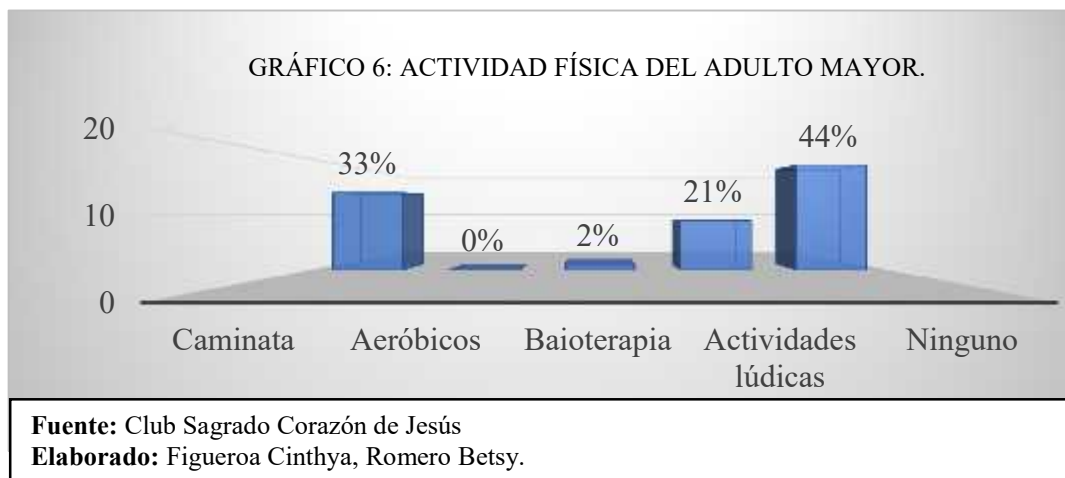


Análisis: La instrucción que posee el adulto mayor de este club es deficiente, existe analfabetismo por las cifras arrojadas 27 personas contestaron que ellos nunca asistieron a la escuela ni habían recibido clases de alfabetización, porque ellos vivían en zonas rurales lo cual obstaculizaba el acceso, esta cifra corresponde a un 64% de las personas encuestadas, 14 mencionaron instrucción primaria con un equivalente al 33%, de estos mismo resultados se obtuvo que una persona era bachiller perteneciente a un 2% de la población en estudio.

TABLA 6

ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Caminata	14	33%
Aeróbicos	0	0%
Bioterapia	1	2%
Actividades lúdicas	9	21%
Ninguno	18	44%

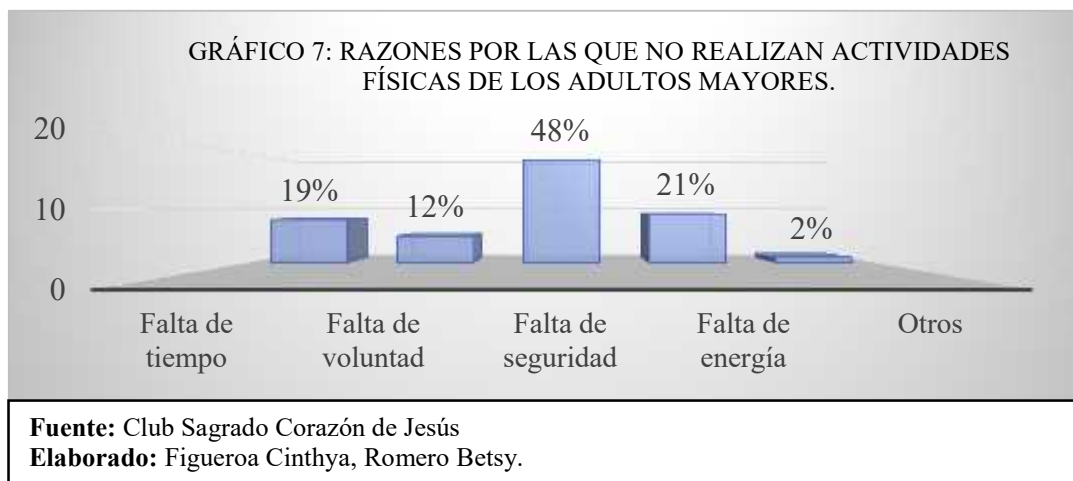


Análisis: De los integrantes del club de adultos mayores se halló que 19 de ellos no ejecutan ninguna actividad física esto equivale a un 45%, por otro lado se detectó que 14 personas dentro de sus actividades diarias mencionan que realizaban caminatas porque se dirigen a realizar compras o tenían que ir a misa (procesan la religión católica) proporcionan un 33%, mientras 9 encuentran distracción en realizar actividades lúdicas representando un 21%, siendo la bailoterapia una actividad importante solo un integrante la realiza correspondiendo el 2%, aeróbicos ninguna de ellos efectuaba esta actividad obteniendo un 0% de la población.

TABLA 7

RAZONES POR LAS QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES FÍSICAS LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Falta de tiempo	8	19%
Falta de voluntad	5	12%
Falta de seguridad	20	48%
Falta de energía	9	21%
Total	42	100%

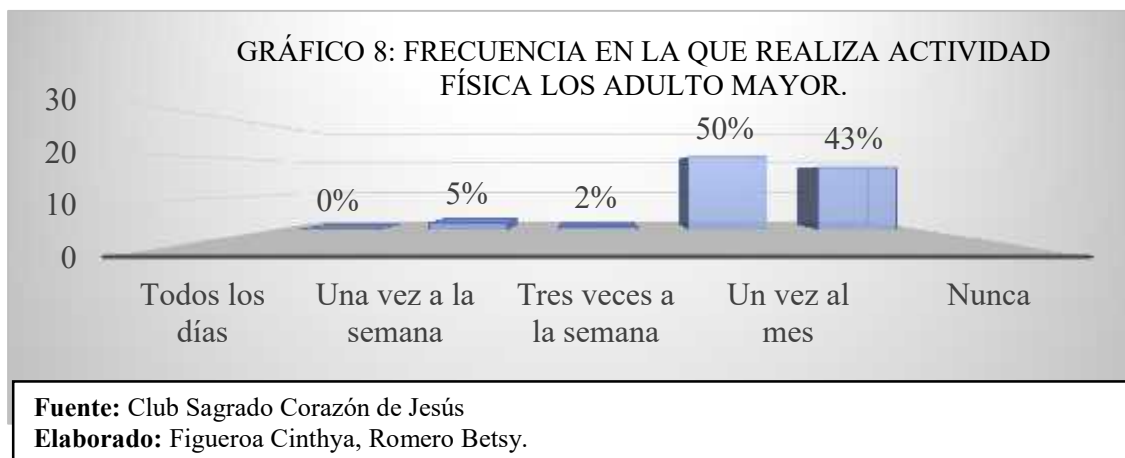


Análisis: La actividad física en el adulto mayor permitirá una mejor movilidad, pero para ellos debe ser continua, en la encuesta aplicada reveló que 19 de los encuestados opinan que la falta de seguridad es por temor a caídas dando un porcentaje de 45%, la falta de energía obtuvo un resultado de 9 correspondiente a un 21%, 8 personas manifestaron que por falta de tiempo no generan actividad física perteneciendo un 19%, fomentar actividad física en esta población de debe ser relevante puesto que 5 personas contestaron que la falta de voluntad no les permitía realizar actividad física alcanzando un 12% de la población en estudio.

TABLA 8

FRECUENCIA EN LA QUE REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Todos los días	0	0
Una vez a la semana	2	5%
Tres veces a la semana	1	2%
Un vez al mes	21	50%
Nunca	18	43%
Total	42	100%

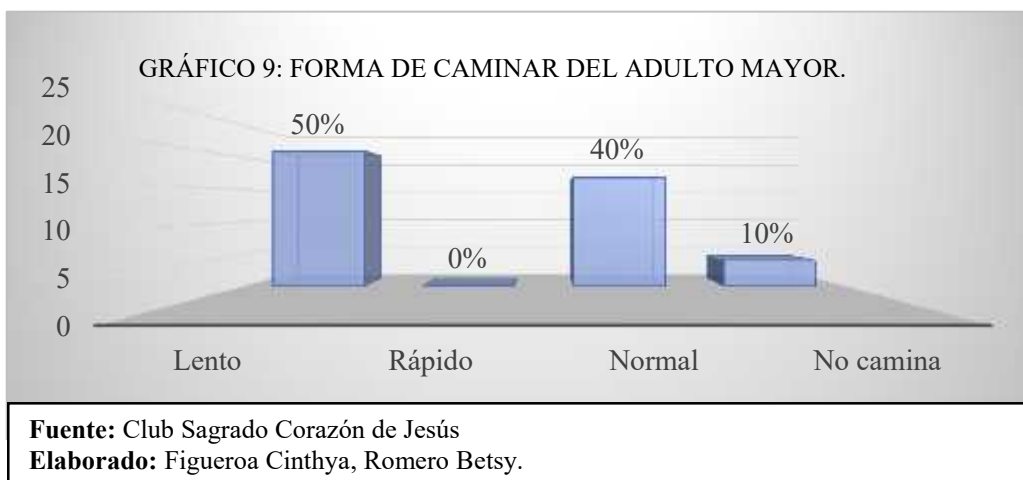


Análisis: A medida que pasan los años el cuerpo está expuesto algunos cambios, entre estos su parte motriz, su rehabilitación en ciertos casos depende de la actividad física que realicen y la frecuencia que lo ejecuten, 21 de los encuestados mencionaban que una vez al mes realizan actividad física equivalente a un 50%, 18 de ellos no ejecutan alguna actividad representando un 43%, 2 de las personas lo hacen pero tres vez a la semana correspondiendo un 5% sin embargo una de los individuos cumple una serie de ejercicios por lo menos una vez a la semana obteniendo un 2% de la población.

TABLA 9

FORMA DE CAMINAR DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Lento	23	55%
Rápido	0	0%
Normal	17	40%
No camina	2	5%
Total	42	100%



Análisis: La forma de caminar de los adultos mayores indica la manera de como realizan sus actividades diarias, por esto se optó preguntarle a ellos como consideraban su forma de caminar, el 55% de la población manifestó que ellos caminan lento por que presentan dolor al hacerlo, por otra parte el 40% revelaron que ellos caminan sin ninguna alteración se consideran que lo hacen de un manera normal, cabe mencionar que los encuestado que contestaron que no caminaban siendo la población el 5% se observó que ellos utilizaban un soporte de ayuda en este caso la silla de rueda o bastones.

TABLA 10

SOPORTE DEL ADULTO MAYOR PARA MOVILIZARSE.

Categoría	Total	Porcentaje
Bastones	12	29%
Andador	2	5%
Silla de rueda	2	5%
Ninguno	26	62%
Total	42	100%



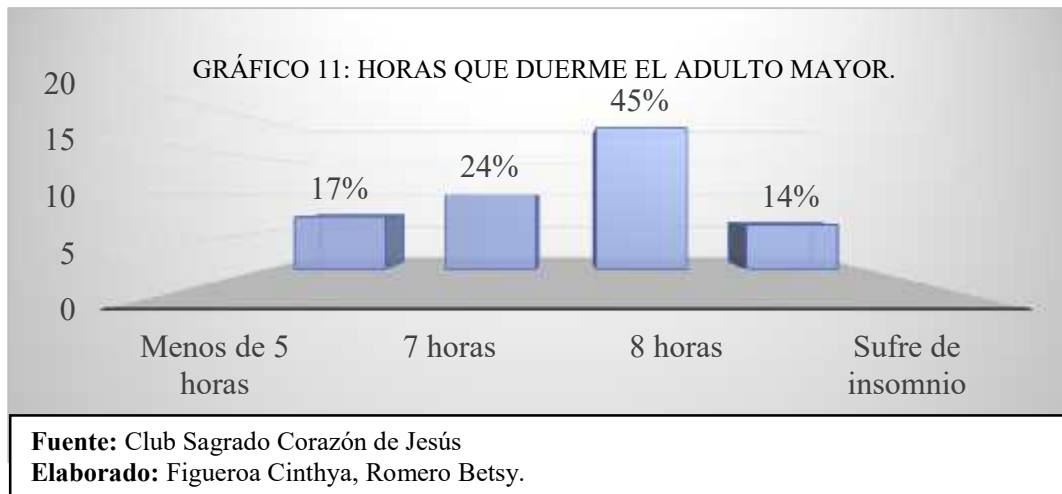
Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: Al tener dificultad al moverse es necesario la ayuda de dispositivos de soporte, el 62% de la población no utiliza soporte para moverse expresaron que aún no lo habían adquirido pero están en el proceso de hacerlo, en cambio otros manifestaron que aún no necesitaban, el 29 % utiliza bastones, por otro lado con un 5% encasillaba personas que utilizan andador y sillas de rueda cabe recalcar que estas adultos mayores tiene mayor déficit en su parte motriz.

TABLA 11

HORAS QUE DUERME EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Menos de 5 horas	7	17%
7 horas	10	24%
8 horas	19	45%
Sufre de insomnio	6	14%
Total	42	100%



Análisis: Es importante y necesario identificar las horas diarias que el adulto mayor duerme por ello se realizó la encuesta a los 42 individuos del cual 19 manifestaron dormir 8 horas diarias representando el 45% del total de la población, 10 personas indicaron dormir 7 horas diarias representando el 24%, 7 sujetos dijeron dormir menos de 5 horas al día representando el 17%, 6 personas revelaron sufrir de insomnio representando el 14% de la población en total.

TABLA 12

HORAS DE VER TELEVISIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
30 minutos	3	7%
1 hora	15	36%
Más de 3 horas	18	43%
Ocasionalmente	6	14%
Total	42	100%



Análisis: Del total de 42 adultos mayores 18 personas manifestaron ver televisión por más de 3 horas al día representando el 43% del total de la población, 15 indicaron observar televisión en un promedio de 1 hora representando el 36%, 6 personas ocasionalmente se dedican a ver televisión representando el 14 % y 3 de ellos ven televisión 30 minutos al día representando el 7% de la población en estudio.

TABLA 13

ALTERACIONES QUE MANIFIESTA EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Ceguera	1	2%
Visión borrosa	21	50%
Sordera	7	17%
Mareos	18	43%
Ninguno	3	7%

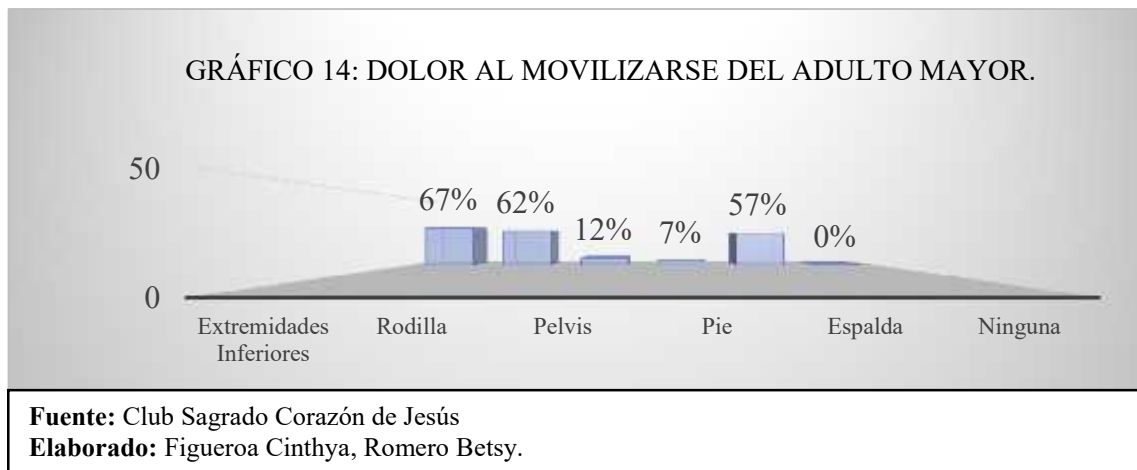


Análisis: Ser sedentarios se adquieren alteraciones en nuestro organismo por ellos se indagó a los 42 adultos mayores pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús sobre alteraciones más comunes que ellos padecen en el cual, 21 personas indicaron tener visión borrosa representado el 50% del total de la población, 18 personas manifestaron sentir mareos continuos representado el 43% de la población, 7 personas revelaron sordera representando un 17% de población en estudio.

TABLA 14

DOLOR AL MOVILIZARSE DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Extremidades Inferiores	28	67%
Rodilla	26	62%
Pelvis	5	12%
Pie	3	7%
Espalda	24	57%
Ninguna	0	0%

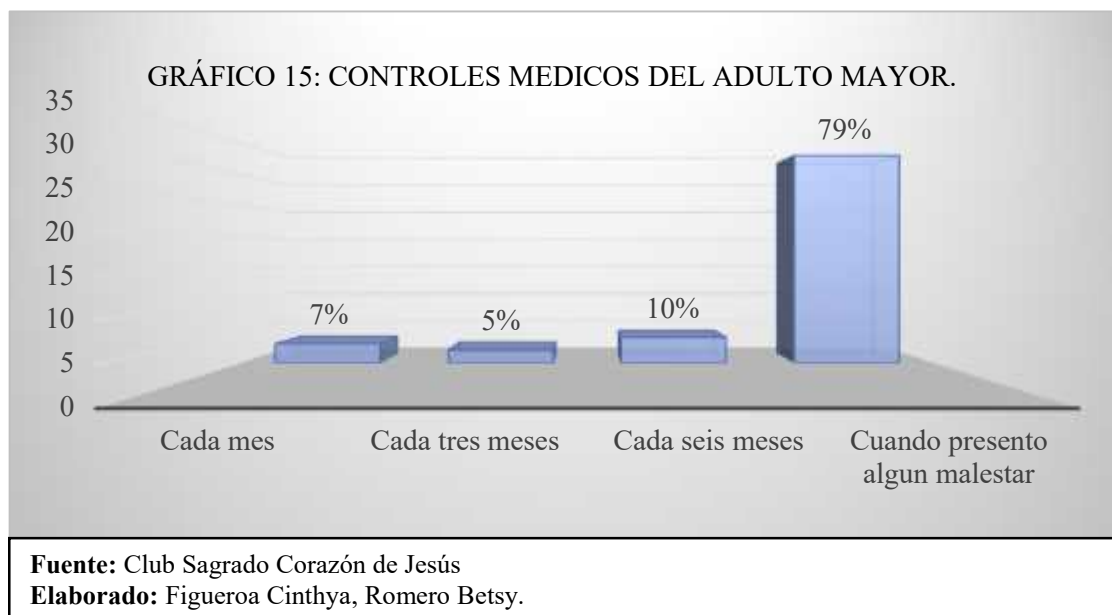


Análisis: Se demostró que los 42 adultos mayores encuestados presentan dolor en su cuerpo al moverse de un lugar a otro, del cual 28 personas refieren sentir dolor en las extremidades inferiores representando el 67% del total de la población, 26 personas indicaron dolencias en las rodillas representando un 62%, 24 personas indicaron malestar en la espalda representado un 57%, 5 personas indicaron dolor en la pelvis representando un 12% y 3 personas manifestaron sentir dolor en el pie representando un 7% del total de la población en estudio.

TABLA 15

CONTROLES MÉDICOS DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Cada mes	3	7%
Cada tres meses	2	5%
Cada seis meses	4	10%
Cuando presento algún malestar	33	79%
Total	42	100%



Análisis: Se evidenció que del total de 42 adultos mayores, 33 indicaron asistir a controles médicos cuando presentan algún malestar representando el 79% del total de los encuestados, 4 personas indicaron acudir cada 4 meses a centros hospitalarios representando el 10%, 3 personas indicaron acudir a controles médicos cada 3 meses representando el 7% y 2 personas indicaron asistir a una casa de salud cada 3 meses representando el 5% de la población en estudio.

TABLA 16

NÚMERO DE VECES QUE SE ALIMENTA EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
2 veces al día	5	12%
3 veces al día	26	62%
4 veces al día	11	26%
5 veces al día	0	0%
Total	42	100%



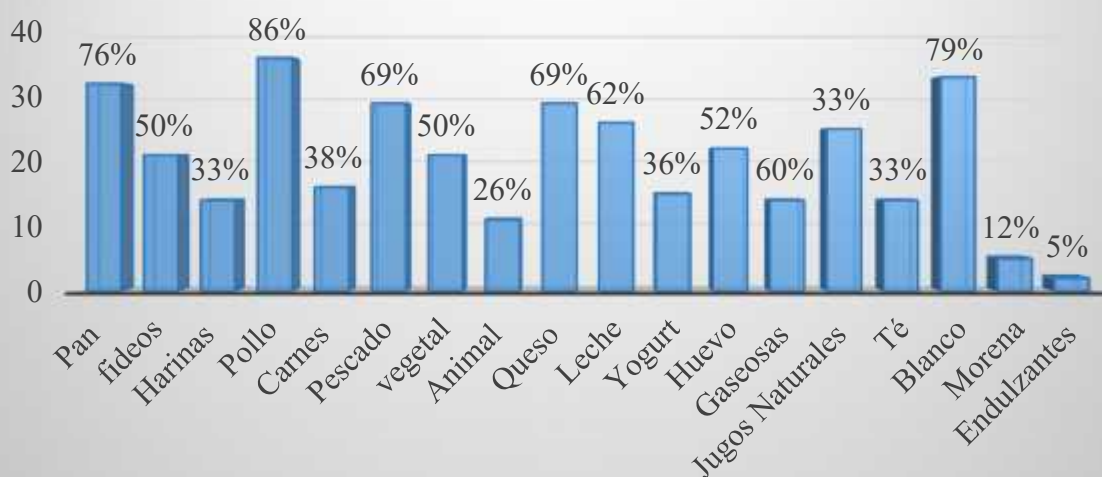
Análisis: A través de la pregunta N° 16 realizada en la encuesta se logró constatar que 26 adultos mayores se alimentan 3 veces al día representando el 62% de todos los encuestados, 11 personas se alimentan 4 veces al día representado el 26%, y 5 personas refirieron alimentarse 2 veces al día representando el 12% de los encuestados.

TABLA 17

ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Categoría		Total	Porcentaje
Carbohidratos	Pan	32	76%
	fideos	21	50%
	Harinas	14	33%
Proteínas	Pollo	36	86%
	Carnes	16	38%
	Pescado	29	69%
Aceite	vegetal	21	50%
	Animal	11	26%
Lácteos	Queso	29	69%
	Leche	26	62%
	Yogurt	15	36%
	Huevo	22	52%
Bebidas	Gaseosas	25	60%
	Jugos Naturales	14	33%
	Té	14	33%
Azucares	Blanco	33	79%
	Morena	5	12%
	Endulzantes	2	5%

GRÁFICO 17: ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MATOR.



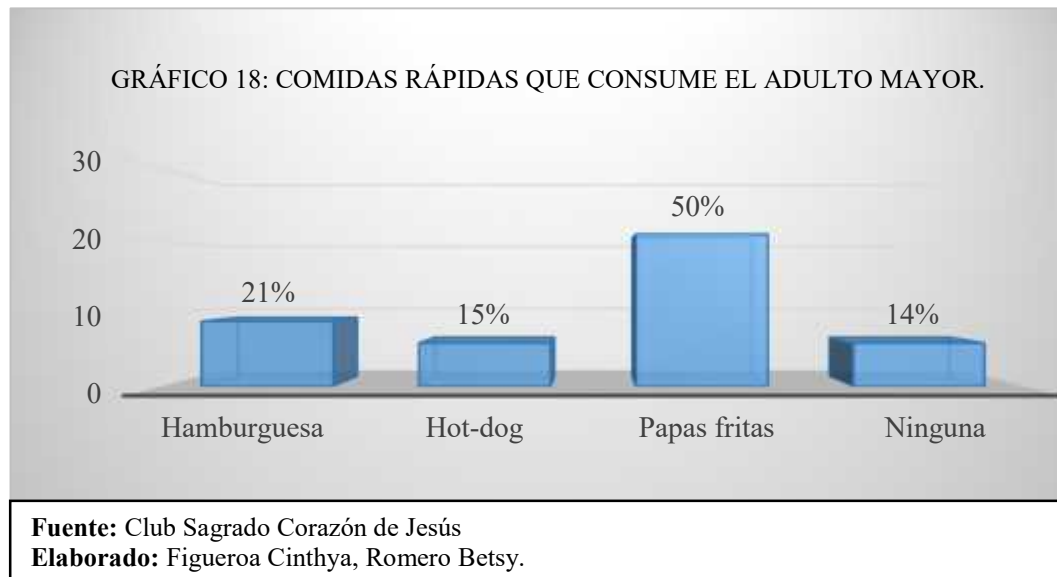
Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: La alimentación que mantiene el adulto mayor es variada del total de 42 individuos encuestados, 36 persona indicaron consumir proteínas en especial el pollo representando el 86% de la población en total, 33 indicaron ingerir azúcar blanco abarcando un 79%, 32 manifestaron ingerir carbohidratos como el pan representando el 72%, 29 indicaron incluir lácteos como el queso en su alimentación diaria correspondiendo al 69%, 25 de ellos prefieren jugos naturales representando el 60%, 21 individuos indica agregar aceite vegetal en la cocción de sus alimentos abarcando el 50% de la población en estudio.

TABLA 18

COMIDAS RÁPIDAS QUE CONSIEME EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Hamburguesa	9	21%
Hot-dog	6	14%
Papas fritas	21	50%
Ninguna	6	14%

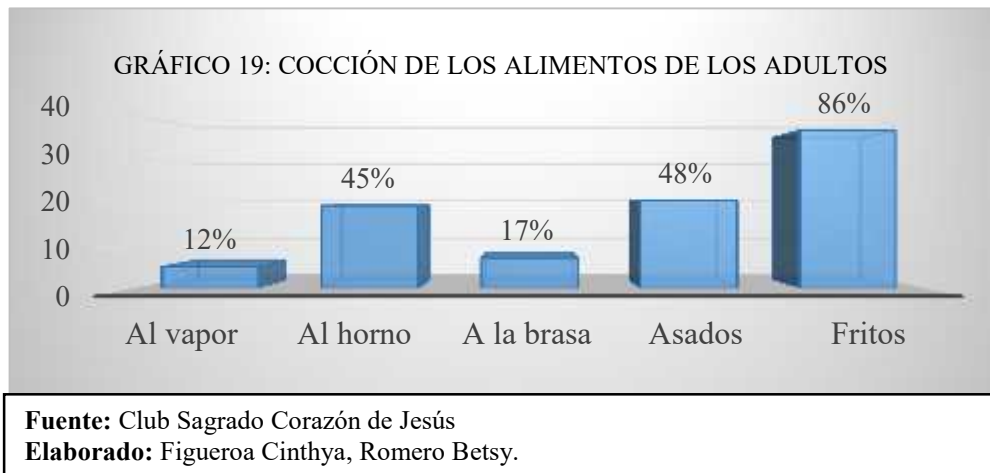


Análisis: Se verificó que el 50% de adultos mayores consume papas fritas, el 21% hamburguesas y el 14% ingiere hot-dog. Dichos resultados demuestran que la mayoría de los encuestados prefieren comer alimentos ricos en grasa en lugar de consumir alimentos saludables.

TABLA 19

COCCIÓN DE LOS ALIMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Al vapor	5	12%
Al horno	19	45%
A la brasa	7	17%
Asados	20	48%
Fritos	36	86%

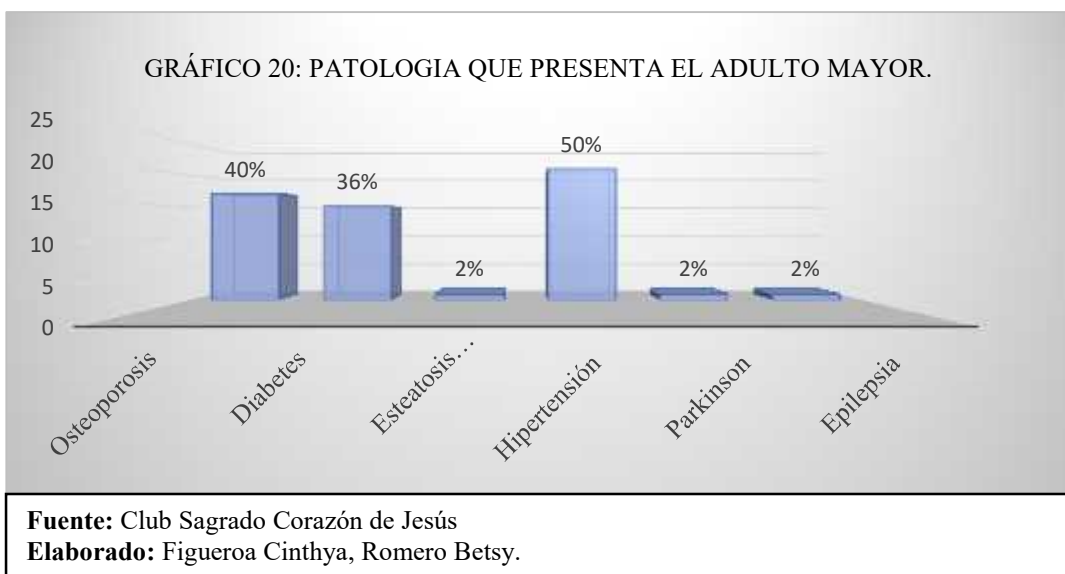


Análisis: Es sustancial conocer la cocción de los alimentos de los 42 adultos mayores en estudio, de acuerdo a la encuesta 36 personas indicaron que prefieren los alimentos fritos representando un 86% de la población total, 20 individuos manifestaron ingerir alimentos asados representando un 48%, 19 adultos dijeron preferir alimentos al horno representando un 45%, 7 señalaron alimentos a la brasa representado el 17% de la población, 5 de ellos prefiere alimentos al vapor representando el 12%.

TABLA 20

PATOLOGÍA QUE PRESENTA EL ADULTO MAYOR.

Patología	Total	Porcentaje
Osteoporosis	17	40%
Diabetes	15	36%
Esteatosis hepática (Hígado graso)	1	2%
Hipertensión	21	50%
Parkinson	1	2%
Epilepsia	1	2%



Análisis: Comúnmente los adultos mayores son más susceptibles a padecer ciertas patologías, de los 42 adultos mayores, 21 individuos padecen hipertensión representando el 50% del total de la población, osteoporosis 17 con un 40%, 15 de ellos son diabéticos representando el 36%, 1 de ellos padecen Esteatosis hepática con el 2%, Parkinson y Epilepsia 1 con un 2%.

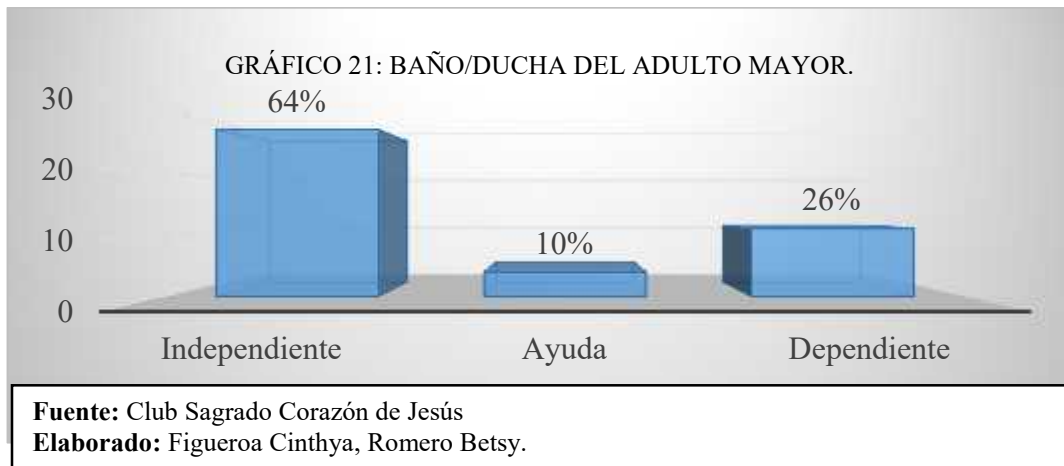
ANEXO # 6

TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE LA ESCALA DE BARTHEL

TABLA 21

BAÑO/DUCHA DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	27	64%
Ayuda	4	10%
Dependiente	11	26%
Total	42	100%

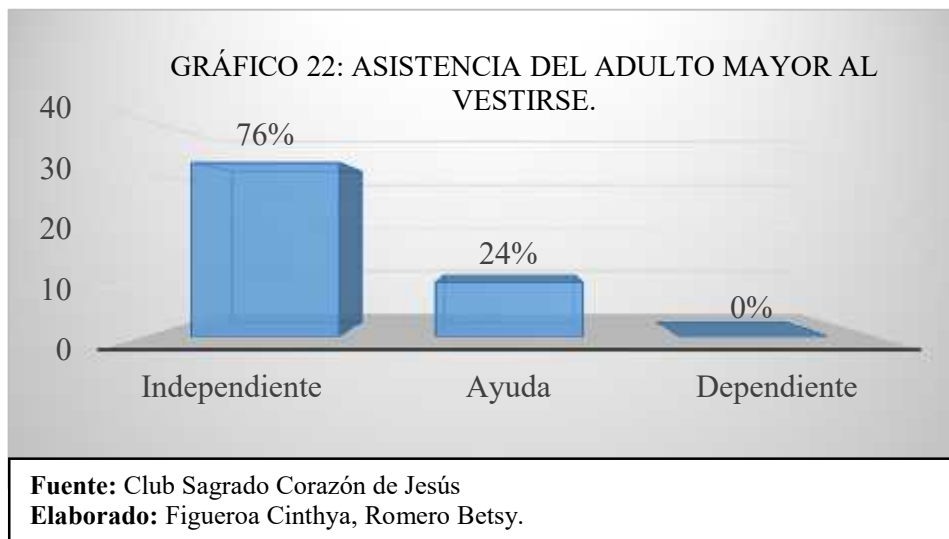


Análisis: El índice de Barthel es un instrumento que ayuda a valorar las ABVD por tal motivo revela que el 64% de la población son independientes, es decir, pueden entrar, ducharse, salir de la baño sin ayuda ni supervisión, el 26 % de los adultos mayores son dependientes indican que necesitan ayuda de su cuidador para ciertas acción, 11% de los integrantes del club necesitan ayuda para mantenerse de pie y bañarse.

TABLA 22

ASISTENCIA DEL ADULTO MAYOR AL VESTIRSE.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	32	76%
Ayuda	10	24%
Dependiente	0	0%
Total	42	100%

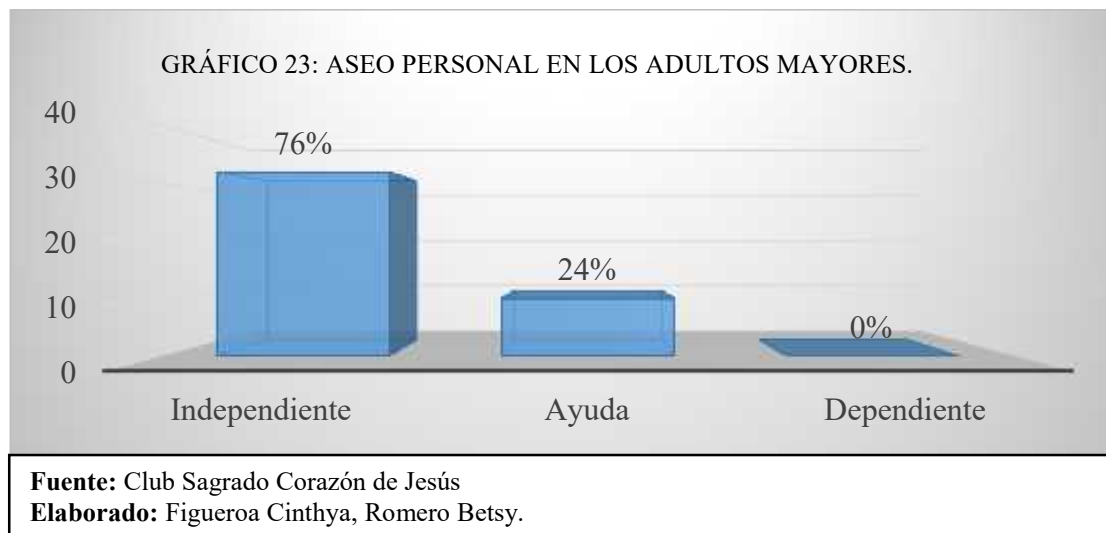


Análisis: Cubrir nuestro cuerpo, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos por sí solo, son actividades que el adulto mayor puede hacer de manera independiente con un porcentaje de un 76%, de los encuestados el 24% necesita ayuda, pero por lo menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable, y no se registró personas que sean dependientes en esta actividad.

TABLA 23

ASEO PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	32	76%
Ayuda	10	24%
Dependiente	0	0%
Total	42	100%

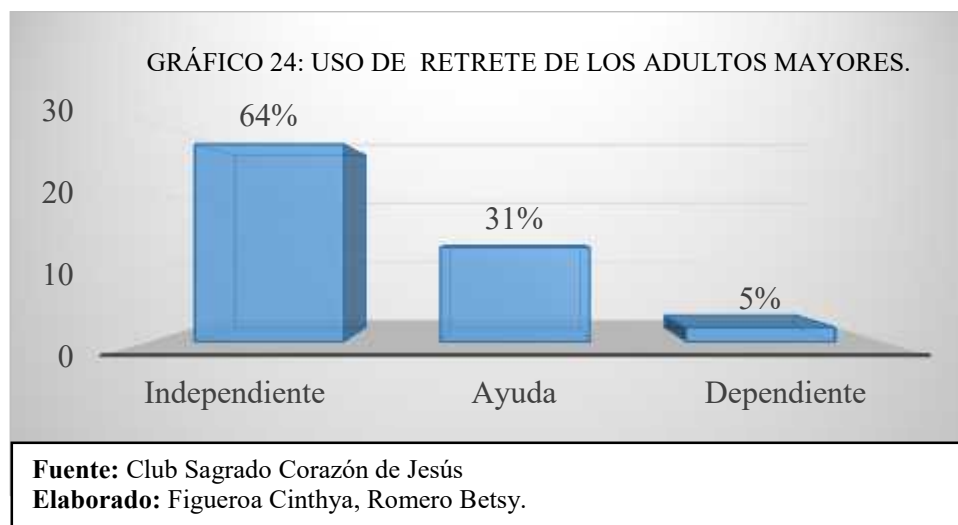


Análisis: Poseer un buen aseo personal depende de un mismo, esto incluye lavarse la cara, las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse en los adultos mayores en estudio el 75% lo realiza de forma independiente, el 24% necesita ayuda por lo menos para realizar una de las actividades antes mencionadas, no se reflejó personas que sean dependientes en esta labor.

TABLA 24

USO DE RETRETE DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	27	64%
Ayuda	13	31%
Dependiente	2	5%
Total	42	100%

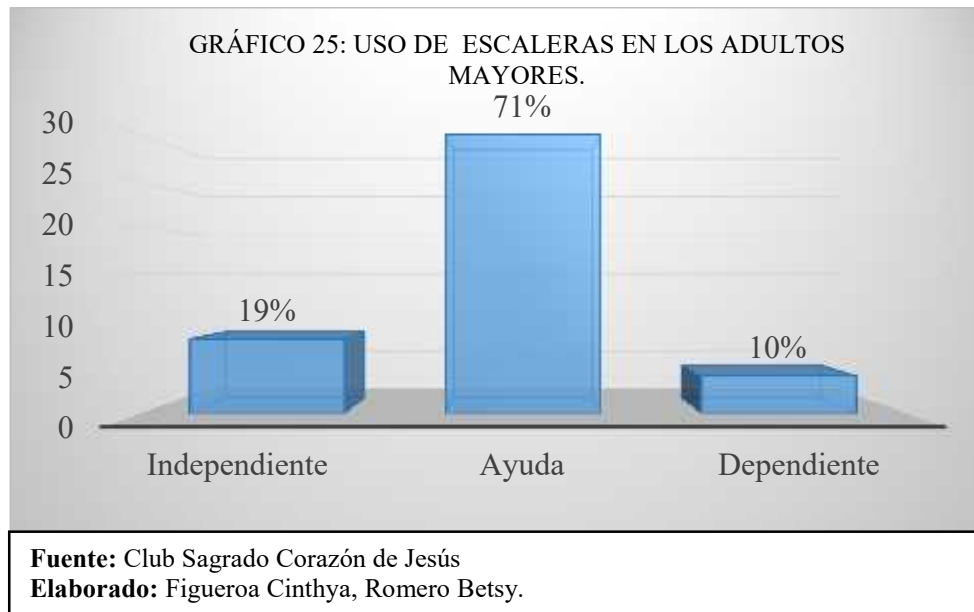


Análisis: El uso de retrete (inodoro) consiste en que el adulto mayor pueda sentarse, levantarse, higienizarse, colocarse la ropa por sí mismo, es decir ser independientes reflejando un 64% de la población, el 31% necesita ayuda para mantener el equilibrio y realizar las acciones antes descritas, el 5% de los encuestados necesita ayuda completa para el uso del retrete.

TABLA 25

USO DE ESCALERAS EN LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	8	19%
Ayuda	30	71%
Dependiente	4	10%
Total	42	100%



Análisis: El uso de las escaleras se considera una actividad dificultosa en los adultos mayores sin embargo la escala refleja un 19% de independencia, indica que pueden subir, bajar sin supervisión, esté en las condiciones de utilizar el barandal o bastón es caso de ser necesario, el 71% de la población necesita ayuda física para bajar y subir escalares, un 10% se encuentra incapaz utilizar las escaleras requiriendo ayuda completa.

TABLA 26

CONTROL DE ESFÍNTERES DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	40	95%
Ayuda	2	5%
Dependiente	0	-
Total	42	100%



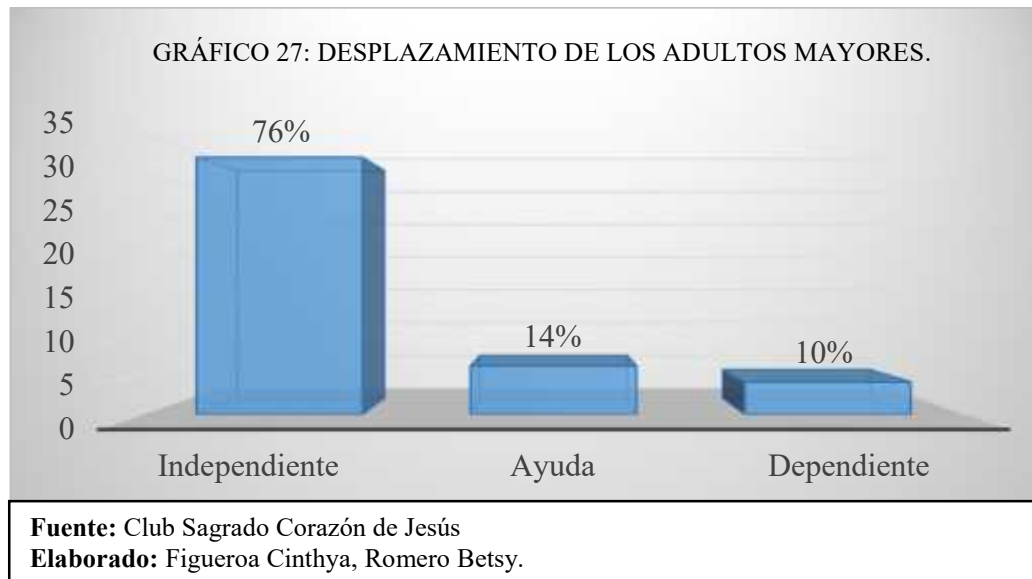
Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: El control de esfínteres (problemas referidos a la incontinencia urinaria y fecal), son unos de los principales dificultades para el adulto mayor alcanzando un 95% de las personas en estudio, el 5% de la población utiliza sonda vesical pero puede controlar el esfínter anal, los porcentajes no revelaron personas dependientes.

TABLA 27

DESPLAZAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	32	76%
Ayuda	6	14%
Dependiente	4	10%
Total	42	100%

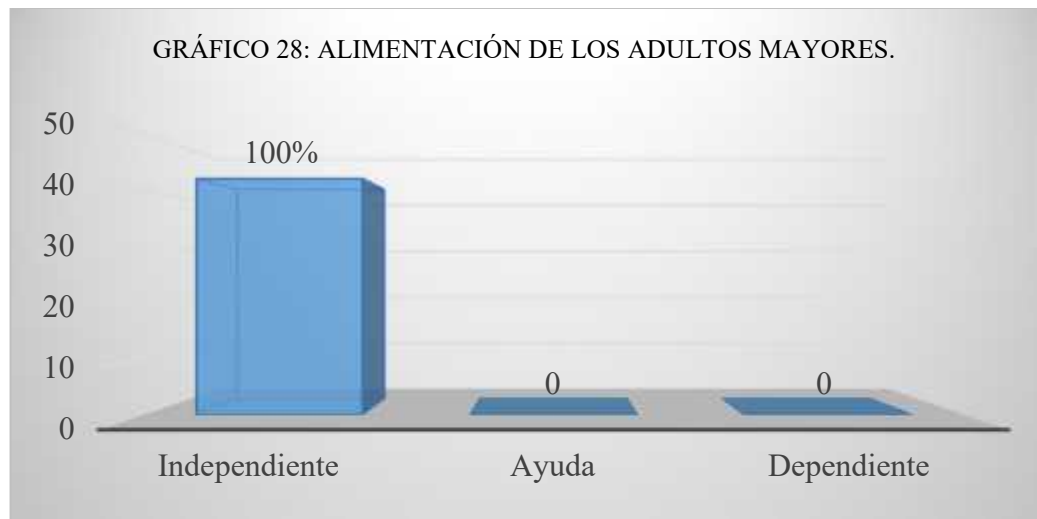


Análisis: El desplazamiento es el movimiento para trasladarse de un lugar a otro, puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda, ni supervisión, la escala lo considera independiente y el 76% obtuvo este resultado, mientras que, el 14% puede caminar al menos 50 metros, pero necesita la ayuda de otra persona, el 10% no camina solo o no impulsa su silla solo.

TABLA 28

ALIMENTACIÓN EN ADULTOS MAYORES.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	42	100%
Ayuda	0	0%
Dependiente	0	0%
Total	42	100%



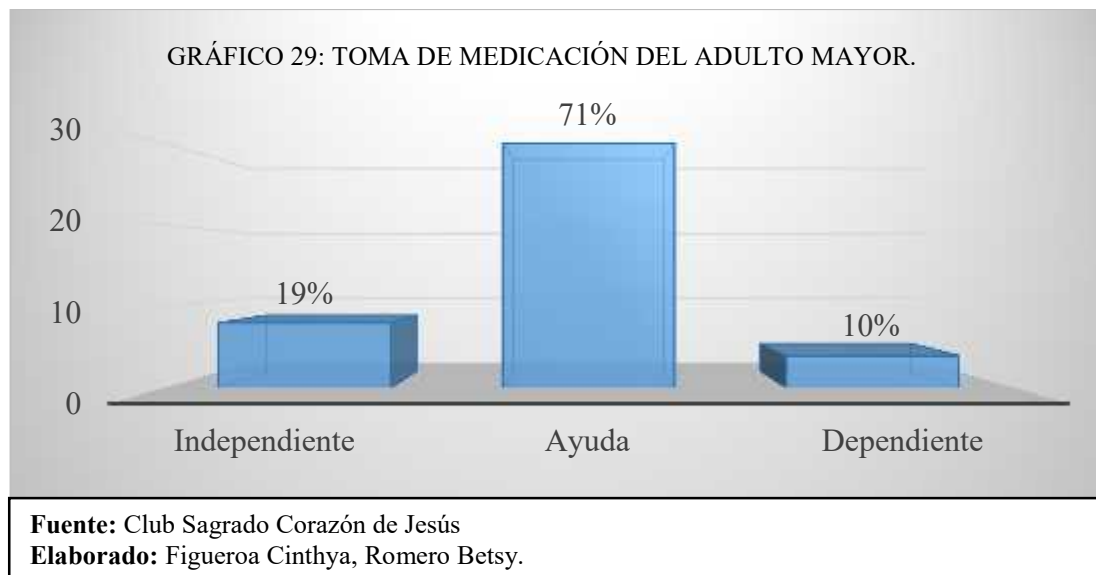
Fuente: Club Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

Análisis: La acción de ingerir alimentos sería factible que lo realicen de una manera autónoma el adulto mayor, los integrantes del club en su totalidad lo realizan sin dificultad dando un porcentaje de 100% en las personas de estudios.

TABLA 29

TOMA DE MEDICACIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	8	19%
Ayuda	30	71%
Dependiente	4	10%
Total	42	100%

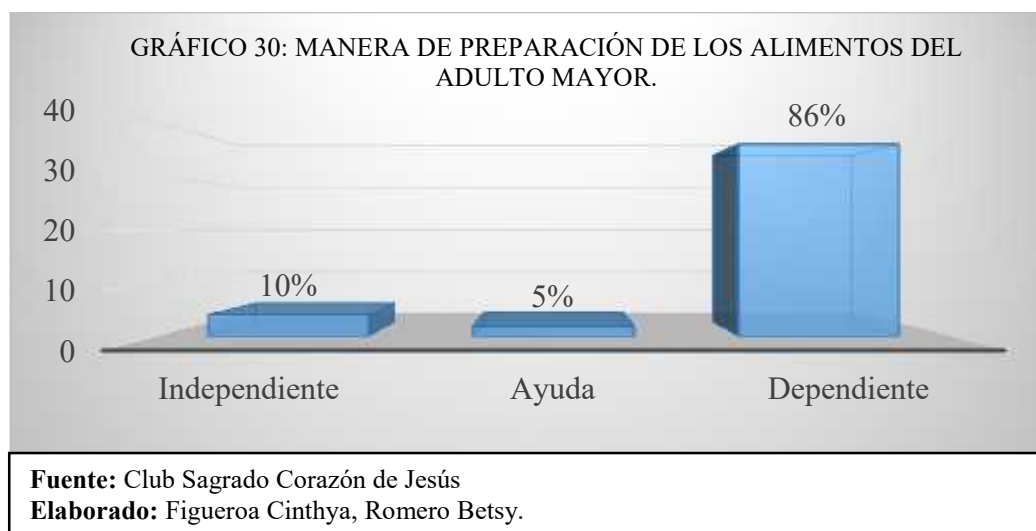


Análisis: La medicación debe ser continua no debe de haber interrupciones en el tratamiento para poder obtener los resultados esperados y mejoría de la persona que lo está consumiendo, para esto los adultos mayores corren el riesgo que olvidarse de la medicación. En el club existe un 19% de longevos que son capaces de hacer cosas por ellos mismos, el 71% de la población necesita ayuda para hacerlo, por otra parte el 10% no es capaz de hacerse cargo de su propia medicación.

TABLA 30

MANERA DE PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS EL ADULTO MAYOR.

Categoría	Total	Porcentaje
Independiente	4	10%
Ayuda	2	5%
Dependiente	36	86%
Total	42	100%



Análisis: Los alimentos se deben preparar cumpliendo las normas de higiene, la manera adecuada para prevenir las intoxicaciones alimentarias, para esto el 10% de los encuestados son independientes no necesitan ayuda para preparar los alimentos, el 5% necesitan ayuda de alguien que le corte los alimentos para continuar con la cocción, el 85% son dependiente necesita que le preparen los alimentos.

ANEXO # 7
PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Materiales			
Paquetes de Hoja A4	3	4.00	12.00
Bolígrafos	4	0.50	2.00
Lápiz	2	0.50	1.00
Marcadores	4	0.75	3.00
Anillados	2	2.00	4.00
Tinta para impresora	4	20.00	80.00
Borrador	2	0.25	0.50
Equipos			
Laptos	2	700.00	14.000
Impresora	1	250.00	250.00
Cámara	1	50.00	50.00
Celular	2	200.00	400.00
Internet	3	25.00	75.00
Pendrive	2	25.00	50.00
Transporte			
Bus	40	0.60	24.00
Taxi	10	5.00	50.00
Alimentación			
Desayunos	8	2.50	20.00
Refrigerios	42	2.00	84.00
Total			1.119.50

ANEXO #8 CRONOGRAMA

MES Actividades	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema de investigación																
Revisión Bibliográfica																
Planteamiento del problema																
Justificación																
Objetivos																
Estructura del marco teórico y elaboración del sumario																
Operacionalización de variables																
Revisión del avance del trabajo																
Encuesta aplicada los adultos mayores																
Aplicación del índice de Barthel																
Procesamiento y presentación de datos																
Segunda revisión del trabajo																
Bibliografía y anexos																
Presentación del proyecto del trabajo de investigación																

Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.

ANEXO # 9
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Fuente: Integrantes del Club Sagrado Corazón de Jesús, firmando el consentimiento informado
Elaborado: Figueroa Cintya, Romero Betsy.



Fuente: Integrantes del Club Sagrado Corazón de Jesús, firmando el consentimiento informado
Elaborado: Figueroa Cinthya, Romero Betsy.



Fuente: Aplicación de la encuesta a los integrantes del Club Sagrado Corazón de Jesús

Elaborado: Figueroa C, Romero B.



Fuente: Aplicación del Test de Barthel a los integrantes del Club Sagrado Corazón de Jesús

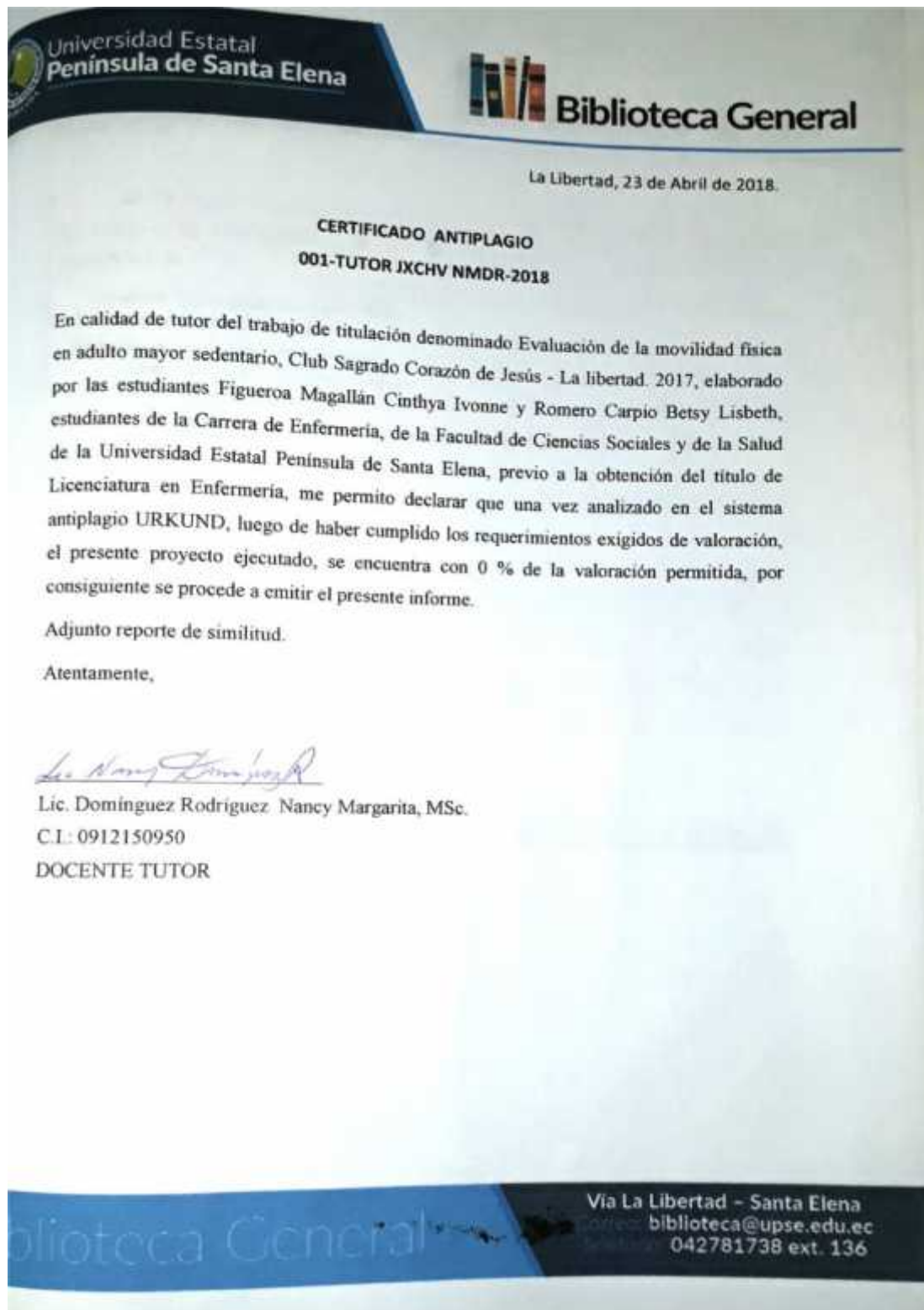
Elaborado: Figueroa C, Romero B.

Glosario

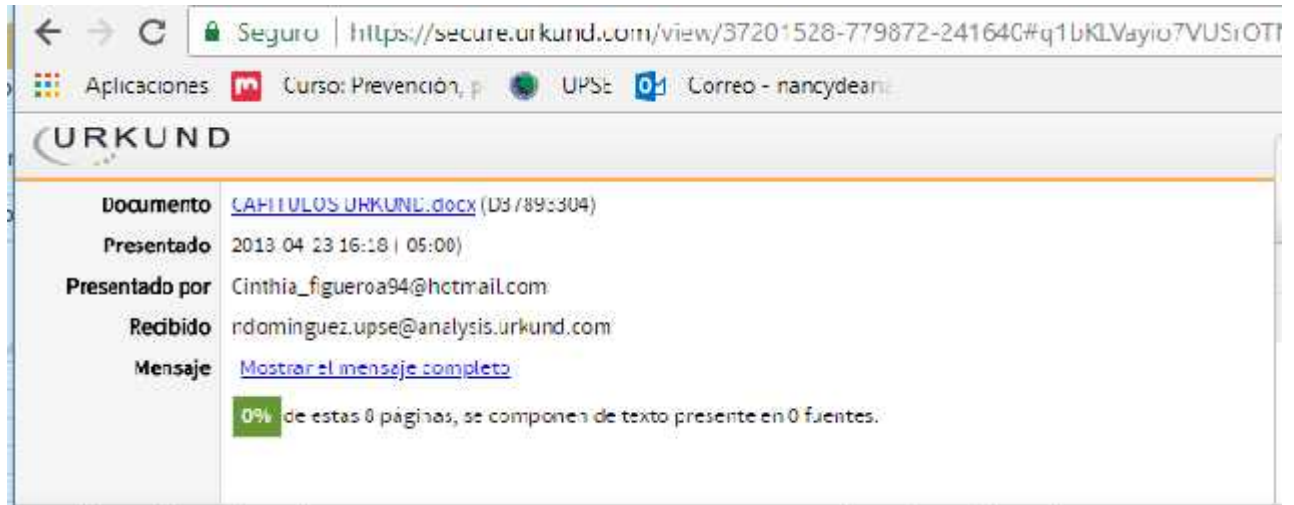
- ✓ **Actividades básicas de la vida diaria:** son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño (Mauk, 2015).
- ✓ **Acompañamiento:** servicio asistencial promovido desde instancia pública u organizaciones de voluntariado, para ofrecer compañía a personas que por razón de edad o discapacidad están marginados en la sociedad (Gutierrez L, 2014).
- ✓ **Calidad de vida:** percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales de su entorno (Penny, E., & Melgar, F., 2014).
- ✓ **Coordinación:** funcionamiento del sistema nervio central y la musculatura durante el proceso de ejercitar el cuerpo, es decir, la capacidad de movilizarse de tal manera podemos controlar y en el requerimiento de origen (Boulch, 2013).
- ✓ **Club de ancianos:** también denominados centros sociales de formación y socialización del anciano (Pérez, 2014).
- ✓ **Cuidadores:** individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otro en sus actividades cotidianas y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y manteniendo de la casa, asistencias personales (Burke, 2013).
- ✓ **Dependencia:** estado en el que se encuentra las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física psíquica a o intelectual, tienen necesidad de asistencia y ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado (Pineda, 2015).
- ✓ **Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día (Huenchuan , S., & Rodriguez, R., 2014).

- ✓ **Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidado (Malavé, 2014).
- ✓ **Envejecimiento:** es el conjunto de transformaciones o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de su vida, estas modificaciones pueden ser bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales y funciones (Castanedo, García, & Noriega, 2013).
- ✓ **Envejecimiento activo:** cambios en los modelos de cómo se invierte el tiempo en los diferentes grupos de edad, forma de redistribuir actividades a lo largo de la vida (García, 2015).
- ✓ **Enfoque biológico del envejecimiento:** proceso asociado a la disminución de la eficacia del funcionamiento orgánico, principalmente a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico que incluso los puede llevar a la muerte (Zetina, 2014).
- ✓ **Equilibrio:** capacidad de sostener cualquier posición en que se encuentre el cuerpo en contra de la ley de gravedad (Mousston, 2013).
- ✓ **Inmovilidad física:** estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad motriz para el movimiento físico independiente, es decir, existe disminución de la fuerza muscular impidiendo el movimiento y la flexibilidad del individuo (Rojas, 2013).
- ✓ **Longevo:** el fenómeno de la longevidad se debe a los factores de genética, los adelantos médicos y un estilo de vida saludable, de los tres factores, el estilo de vida tiende a ser cada vez más importante. Es posible vivir unos años más manteniendo una calidad de vida insatisfactoria (Pino, 2014).
- ✓ **Movilidad física:** capacidad de poderse desplazar de moverse en su medio traduciendo el grado de salud del anciano sin complicación alguna (Madrigal, Ignacio, & Cagigal, Envejecimiento y usuario de Urgencias, 2014).
- ✓ **Nutrición:** la ciencia de los alimentos, nutrientes y otras sustancias existentes en los alimentos, acción interacción y proporción en relación a salud y enfermedad (Rivera, 2016).
- ✓ **Sedentarismo:** actitud de un estilo de vida carente de agitación o movilidad. Dicho de otro modo, las personas sedentarias mantienen una baja actividad física y o cognitiva (Dunlop, 2014).

- ✓ **Voluntariados:** participación en actividades desarrolladas por entidades sin ánimos de lucro y marcadas por su interés social, sea en el propio país o en otros que estén en vías de desarrollo (Mendoza, 2014).



Reporte Urkund.



The screenshot shows a web browser window displaying the Urkund report for a document. The browser's address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/37201528-779872-241640#q1bKLVayiu7VUSiOTI>. The page title is "URKUND". The report details are as follows:

Documento	CAPITULOS URKUND.docx (D3/89:304)
Presentado	2013-04-23 16:18 05:00
Presentado por	Cinthia_figuerola94@hotmail.com
Recibido	ndominguez.upse@analysis.orkund.com
Mensaje	Mostrar el mensaje completo

Below the details, a green progress bar indicates "0%" of the document's pages are composed of text from 0 sources.

Fuentes de similitud



The screenshot shows the "Fuentes de similitud" (Sources of Similarity) interface. At the top, there is a search bar containing the text "IM/LI MtM IsxLI IWyMqgH/\A==". Below the search bar, there are two tabs: "Lista de fuentes" (Sources List) and "Bloques" (Blocks). The "Lista de fuentes" tab is active, showing a table with the following columns: "Categoría" (Category) and "Enlace/nombre de archivo" (Link/Name of file). The table contains two rows:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
Fuentes alternativas	
Fuentes no usadas	

At the bottom of the interface, there are several action buttons: "Advertencias" (Warnings), "Reiniciar" (Reset), "Exportar" (Export), and "Compartir" (Share).