



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

TÍTULO DEL TEMA

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN
INTEGRAL MELVIN JONES, LA LIBERTAD-SANTA ELENA, 2020 - 2021.**

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

AUTORA

GRACE LISSETH GÓMEZ CRUZ

TUTORA

LCDA. SARA ESTHER BARROS RIVERA

PERÍODO ACADÉMICO

2021 - 1

TRIBUNAL DE GRADO



Lcdo. Milton González Santos, Mgt.

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



Lcda. Alicia Cercado Mancero, PhD.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**



Lcdo. Adonis Hernández Ortiz, Esp.

DOCENTE DE ÁREA

Lcda. Sara Barros Rivera, MSc.

TUTORA

Ab. Victor Ortiz Coronel, Mgt.

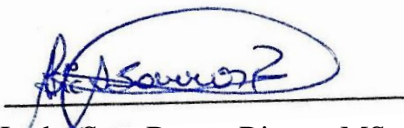
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 30 de Mayo de 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL MELVIN JONES, LA LIBERTAD-SANTA ELENA, 2020 - 2021. Elaborado por la Srta. GRACE LISSETH GÓMEZ CRUZ, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Lcda. Sara Barros Rivera, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este proyecto de investigación a Dios, que es quien guía mis pasos, y sólo a través de Él puedo lograr todo lo que me propongo; a mis padres y hermanas, quienes han sido un pilar fundamental en mi proceso de formación académica y me han brindado su apoyo incondicional.

Grace Gómez Cruz

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por abrirme sus puertas y permitirme estudiar esta carrera tan hermosa como lo es enfermería, a las autoridades de la institución por permitir el desarrollo de este proyecto investigativo, así como a cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos y apoyo con paciencia y dedicación, y que me enseñaron que para alcanzar el éxito es necesario el esfuerzo y la perseverancia.

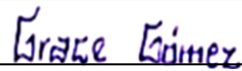
A la Lcda. Sara Barros y al Ing. Enrique Fariño, por guiarme en el desarrollo del proceso investigativo impartíendome sus conocimientos y experiencias.

A los miembros del Centro de Educación Integral Melvin Jones por brindarme su apoyo y darme apertura para poder realizar el estudio investigativo.

Grace Gómez Cruz

DECLARACIÓN

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



Grace Lisseth Gómez Cruz

C.I. 2450509902

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1 El problema	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema.....	6
2 Objetivos.....	6
2.1 Objetivo general	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3 Justificación.....	7
CAPÍTULO II.....	8
4 Marco Teórico	8
4.1 Fundamentación referencial	8
4.2 Fundamentación teórica.....	10
4.2.1 Generalidades del envejecimiento	10
4.2.2 Modelos teóricos del envejecimiento	10
4.2.3 Cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento.....	12
4.2.3.1 Órganos de los sentidos	12
4.2.3.2 Cambios orgánicos y sistémicos.....	13
4.2.4 Envejecimiento saludable	14
4.2.4.1 Factores que influyen en el envejecimiento saludable	14
4.2.5 Actividad y ejercicio en el adulto mayor.....	14
4.2.5.1 Beneficios de la actividad física en los adultos mayores.....	14
4.2.6 Deterioro de la movilidad física	15
4.2.7 Factores intrínsecos y extrínsecos de la inmovilidad	16
4.2.8 Dependencia en el adulto mayor	16

4.2.8.1	Dependencia física, psíquica o mental y sensorial	17
4.2.8.2	Persona adulta mayor independiente o autovalente.....	17
4.2.9	Autocuidado en el adulto mayor.....	17
4.2.9.1	Cuidados básicos del adulto mayor	18
4.2.10	Teoría del autocuidado – Dorothea Orem	19
4.3	Fundamentación Legal	19
5	Formulación de la hipótesis.....	22
5.1	Identificación y clasificación de las variables	22
5.2	Operacionalización de variables	23
CAPÍTULO III		25
6	Diseño metodológico.....	25
6.1	Tipo de investigación.....	25
6.2	Métodos de investigación	25
6.3	Población y muestra.....	25
6.4	Tipo de muestreo	26
6.5	Técnicas de recolección de datos.....	26
6.6	Instrumentos de recolección de datos	27
6.7	Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV		28
7	Presentación de resultados.....	28
7.1	Análisis e interpretación de resultados	28
7.2	Comprobación de hipótesis	34
7.3	Conclusiones.....	35
7.4	Recomendaciones	36
8	Referencias bibliográficas	37
9	Anexos.....	40
9.1	Anexo 1. Evidencias fotográficas.....	40
9.2	Anexo 2. Consentimiento informado aplicado a los adultos mayores	42
9.3	Anexo 3. Ficha sociodemográfica	43
9.4	Anexo 4. Índice de Barthel	44
9.5	Anexo 5. Escala Mini-mental	45
9.6	Anexo 6. Test de movilidad articular y funcional	46
9.7	Anexo 7. Autorización por parte de la institución para la realización del proyecto	48
9.8	Anexo 8. Certificado antiplagio.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de envejecimiento.....	10
Tabla 2 Cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos de los sentidos	12
Tabla 3 Cuidados básicos del adulto mayor	18
Tabla 4 Matriz de operacionalización de las variables.....	23
Tabla 5 Distribución de los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones según edad y sexo	29
Tabla 6 Nivel de escolaridad de los adultos mayores.....	29
Tabla 7 Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores.....	30
Tabla 8 Tipos de discapacidad que padecen los adultos mayores.....	31
Tabla 9 Conocimiento sobre el autocuidado	31
Tabla 10 Capacidad de autocuidado del adulto mayor mediante la aplicación del Índice de Barthel.....	32
Tabla 11 Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores mediante la aplicación de la escala Mini mental.....	32
Tabla 12 Valoración de las capacidades físicas del adulto mayor a través del Test de movilidad articular y funcional.....	33

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Teorías del envejecimiento.....	11
Ilustración 2 Cambios anatómicos y fisiológicos en los diferentes órganos y sistemas.	13
Ilustración 3 Factores intrínsecos y extrínsecos de la inmovilidad	16
Ilustración 4 Dependencia física, psíquica o mental y sensorial	17

RESUMEN

El deterioro de la movilidad física es un problema de salud que afecta a los adultos mayores y causa alteraciones en su capacidad física y funcional, esta problemática dificulta que puedan realizar las actividades básicas de manera independiente y autónoma, por lo que muchos adultos mayores requieren del cuidado de alguien más; por esta razón se realizó la presente investigación y se planteó como objetivo general determinar la influencia del deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal y descriptivo. El método que se utilizó es analítico–sintético. La población total fue de 75 adultos mayores incluidos hombres y mujeres, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión por lo que se trabajó con una muestra de 62 personas. Las técnicas que se utilizaron fueron la observación directa, valoración, encuesta, entrevista y análisis de documentos; los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron la ficha sociodemográfica, el test de movilidad articular y funcional, el índice de Barthel y la escala mini – mental. Mediante los resultados obtenidos se pudo evidenciar que el 89% de los adultos mayores padece de enfermedades crónicas, el 39% padece de discapacidad, ya sea esta física, visual o auditiva. El 50% presenta dependencia leve, el 24 % dependencia moderada y el 3% dependencia grave. La calidad de movimiento del 64% de los adultos mayores es mala y la del 34% es regular o aceptable, es decir la mayoría de estas personas precisan del cuidado de alguien más, ya que se les dificulta realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente, debido al deterioro de la movilidad física que presentan, lo que influye negativamente en su calidad de vida.

Palabras clave: Deterioro de la movilidad; autocuidado; adulto mayor.

ABSTRACT

The deterioration of physical mobility is a health problem that affects older adults and causes alterations in their physical and functional capacity, this problem makes it difficult for them to perform basic activities independently and autonomously, which is why many older adults require the caring for someone else; For this reason, the present investigation was carried out and the general objective was to determine the influence of the deterioration of physical mobility in the self-care of the elderly at the Melvin Jones Comprehensive Education Center. The research had a quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive approach. The method used is analytical-synthetic. The total population consisted of 120 older adults, including men and women, inclusion and exclusion criteria were applied, so we worked with a sample of 62 people. The techniques used were direct observation, assessment, survey, interview, and document analysis; the instruments applied for data collection were the sociodemographic record, the joint and functional mobility test, the Barthel index and the mini-mental scale. Through the results obtained, it was possible to show that 89% of older adults suffer from chronic diseases, 39% suffer from disability, be it physical, visual or auditory. 50% present mild dependence, 24% moderate dependence and 3% severe dependence. The quality of movement of 64% of older adults is poor and that of 34% is regular or acceptable, that is, most of these people need the care of someone else, since it is difficult for them to carry out the activities of their daily life independently, due to the deterioration of their physical mobility, which negatively influences their quality of life.

Key words: Impaired mobility; self-care; older adult.

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la movilidad física se caracteriza por la limitación del movimiento de una o más partes del cuerpo, en donde se ve afectada la capacidad para realizar actividades de manera independiente, debido a la alteración en la capacidad física y funcional de las personas. Esta problemática afecta de manera significativa a los adultos mayores y se encuentra entre una de las principales causas de morbilidad y mortalidad; generalmente es ocasionada por cambios anatómicos y fisiológicos relacionados con la edad, discapacidades o patologías que presenta el grupo etario.

Por lo tanto, se puede inferir que el deterioro de la movilidad física es un problema de gran relevancia, ya que trae consigo diferentes factores de riesgo como son dificultad de autocuidado, menor disfrute de las actividades, desestabilidad emocional y dependencia para realizar actividades básicas; esto influye de manera negativa en la calidad de vida del adulto mayor y generalmente contribuye a que necesiten del cuidado de otra persona.

En virtud de lo expuesto, en el Centro de Educación Integral Melvin Jones asisten muchos adultos mayores que presentan alteraciones en su capacidad física y funcional, y padecen de ciertas limitaciones y dolencias, por lo que la pregunta central del trabajo de investigación es: ¿Cómo influye el deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones?

El objetivo general del proyecto es determinar la influencia del deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones y esto se logrará a través de la aplicación de instrumentos que brinden una información veraz acerca del tema de estudio, con la finalidad de identificar los factores de riesgos biológicos y psicológicos que afectan al adulto mayor, para de esta manera crear estrategias que permitan prevenir complicaciones de discapacidad o deterioro de la movilidad parcial o total y así se pueda mejorar la calidad de vida en estas personas.

El proyecto de investigación está estructurado por cuatro capítulos:

En el capítulo I se describe el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación, en donde se puntualiza el estado actual del problema, se resalta la importancia del tema de estudio y se plantea un alcance global de la investigación.

El capítulo II comprende el marco referencial donde se detallan aportes investigativos de temas precedentes, el marco teórico donde se detallan los diferentes conceptos, teorías y definiciones sobre el deterioro de la movilidad física y el autocuidado, y el marco legal, donde se encuentran las referencias legales que están relacionadas directamente con el tema de estudio, este capítulo también incluye la identificación, clasificación y operacionalización de las variables.

En el capítulo III se detalla la metodología de la investigación, el tipo de investigación, métodos, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos los cuales son esenciales para el proceso investigativo.

En el capítulo IV se presentan los resultados y el análisis de los mismos, se realiza la comprobación de la hipótesis, también se encuentran las conclusiones y recomendaciones, donde se resaltan los resultados más importantes de la investigación.

CAPÍTULO I

1 El problema

1.1 Planteamiento del problema

El ser humano cruza por diferentes etapas a lo largo del ciclo vital, una de ellas es la vejez o también denominada tercera edad; el adulto mayor es aquella persona que se encuentra en esta etapa de vida, la que le sigue a la adultez y le antecede al fallecimiento; precisamente es la fase en la que el cuerpo empieza a perder muchas de sus facultades debido a los cambios tanto anatómicos como fisiológicos, por lo que se considera a estas personas como un grupo vulnerable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al adulto mayor como toda persona que sobrepasa los 60 años de edad (OMS, 2020). Sin embargo en Ecuador se considera a una persona adulta mayor a partir de los 65 años. A nivel mundial sigue aumentando la esperanza de vida en este grupo etario, la población está incrementando a un ritmo acelerado. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para el año 2050, “una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050” (ONU, 2019).

Según la Federación Iberoamericana de Asociaciones de personas adultas mayores (FIAPAM), “el aumento en la esperanza de vida y la mejora de algunos servicios de salud o de atención empujan el envejecimiento, pero otra cosa es que ese envejecimiento sea activo y de calidad” (FIAPAM, 2019). El envejecimiento activo o saludable es cuando se cuenta con las mejores condiciones posibles y existe baja probabilidad de enfermar.

Sin embargo, cuando se llega a esta etapa, el adulto mayor sufre modificaciones que se caracterizan por una disminución progresiva en la integridad física y funcional de sus diversos órganos y tejidos, y muchas veces no se logra llegar a una vejez saludable; la declinación biológica en la vejez inicia sus manifestaciones con una pérdida considerable de fuerza física, disminución de sus capacidades sensoriales y motrices; y trae como consecuencia que se vuelvan más vulnerables y demandantes de cuidados (Pérez y Orellana, 2020).

Por lo que el adulto mayor va perdiendo la facultad de cuidar de sí mismos y realizar las actividades de la vida diaria como lo hacía con anterioridad, lo que hace que necesiten de la asistencia de otra persona. El autocuidado debe ser integral y no sólo responder a sus necesidades básicas, sino que también a sus necesidades sociales, psicológicas y de recreación, sólo así se llegará a una vejez saludable (Salgado, 2016).

Por otro lado, existen diferentes tipos de síndromes geriátricos, dentro de ello encontramos el deterioro de la movilidad física o la inmovilidad, este constituye una de las graves consecuencias de enfermedades por las que atraviesa el adulto mayor, y se da por la alteración de las funciones del sistema neuromusculoesquelético, lo que permite determinar la limitación funcional o dependencia (Crawford y Harris, 2017).

A nivel mundial existen aproximadamente 1710 millones de personas con trastornos musculoesqueléticos, son la principal causa de morbilidad y discapacidad; limitan de manera significativa la movilidad y destreza de las personas y están altamente asociados con el deterioro de la salud mental y de las capacidades funcionales. Provocando en el adulto mayor jubilaciones anticipadas, disminución de bienestar y poca participación social (OMS, 2021).

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en América Latina y el Caribe el 11% de la población total tiene más de 60 años, se estima que para el 2030 represente el 15% y para el año 2050 el 26% (BID, 2019). Según datos revelados por El Global Burden of Disease Study (GBD), el 33% de la población adulta mayor sufre de enfermedades musculoesqueléticas, estas se encuentran como una de las condiciones crónicas con mayores niveles de prevalencia. También se destaca que el 12% de la población de 60 años y más es dependiente, y que su grado de dependencia y deterioro de la movilidad física aumentan con la edad (Aranco et al., 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifiesta que el número de personas de 60 años o más que requieren de cuidado, triplicará en América Latina en las próximas décadas, pasando de 8 millones en 2019 a 30 millones en 2050 (OPS, 2019).

Un estudio realizado en Cuba, reveló que la incidencia y prevalencia de los problemas de movilidad incrementan con el paso de los años, y se calcula que el 18% de los mayores de 65 años presentan dificultad para moverse, el 53% de los ancianos mayores de 75 años tienen dificultades para salir de casa, el 20% está confinado en su

domicilio y el 9% de los ancianos hospitalizados sufren de restricciones físicas (Ulloa et al., 2019).

Según datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), en Ecuador existen 1,3 millones de adultos mayores, lo que constituye al 7,4% de la población total, para el año 2054 se prevé que representen el 18% (INEC, 2019). Por otro lado, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), estima que el 70% de las muertes del adulto mayor son causadas por enfermedades crónicas, y que un alto porcentaje presenta trastornos visuales y auditivos, lo que afecta de manera negativa en su calidad de vida y el funcionamiento diario. Además, se calcula que el 30% cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado (MIES, 2013).

En el Centro de Educación Integral Melvin Jones no existen cifras oficiales con respecto al deterioro de la movilidad física y la dificultad de autocuidado de este grupo etario, sin embargo, gracias a datos proporcionados por los trabajadores y los usuarios, se estima que más del 50% de los adultos mayores que asiste a la institución presenta enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, artritis, Parkinson, entre otras patologías, es decir, más de la mitad padece de alguna enfermedad crónica, algunos también presentan discapacidad física, visual y auditiva; todas estas alteraciones afectan de una u otra manera la movilidad física y la calidad de vida de estas personas.

Con respecto al autocuidado muchos de ellos afirman que no pueden realizar las actividades de la vida diaria como lo hacían con anterioridad ya que presentan ciertas limitaciones y dolencias, es por ello que algunos acuden acompañados por familiares, ya que no pueden asistir de manera independiente y ser parte de los diferentes programas que presta la institución, como son espacios activos y de recreación y el área de terapia física, la cual permite con un tratamiento terapéutico y de rehabilitación no farmacológica tratar síntomas y múltiples molestias.

Por lo anterior descrito surge el interés de indagar esta problemática, ya que permitirá obtener información pertinente, así como datos reales y actuales acerca del tema de estudio.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo influye el deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, La Libertad-Santa Elena, 2020 - 2021?

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

- Determinar la influencia del deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, La Libertad – Santa Elena, 2020 – 2021.

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la movilidad articular y funcional de los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones.
- Determinar el grado de dependencia física, psíquica y sensorial del adulto mayor.
- Evaluar la capacidad y percepción del autocuidado en los adultos mayores.

3 Justificación

La presente investigación se centra en el ámbito de la salud física del adulto mayor, la cual se ve afectada significativamente, se enfocará en estudiar el deterioro de la movilidad física, siendo esta una grave consecuencia de enfermedades que afecta al grupo etario; con la finalidad de determinar la manera en la que esta problemática influye en la capacidad de autocuidado del adulto mayor.

Por consiguiente, la elaboración del presente estudio aportará con datos reales sobre la situación actual en la que viven los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones; y de esta manera permitirá identificar la limitación de movimiento o la dependencia que presenten. Servirá de base para la planificación de cuidados e intervenciones direccionadas a mejorar las necesidades de los adultos mayores, a través de la educación y promoción de salud, tanto para los ancianos como para sus cuidadores.

Es deber del profesional de enfermería orientar a la sociedad a crear actitudes y aptitudes que permitan mejorar la calidad de vida, es por ello que se deben identificar los factores de riesgo biológicos y psicológicos, además de detectar a los adultos mayores que estén en peligro de perder su capacidad funcional, a través de las atenciones médicas del personal de primer nivel para el diagnóstico oportuno y poder prevenir complicaciones de discapacidad o deterioro de la movilidad parcial o total y de esta manera se pueda alcanzar un nivel de vida más sano.

Gracias a la oportunidad de trabajar con adultos mayores, se pondrá en práctica los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas durante el proceso de formación académica; además nos permitirá seguir aprendiendo y poder adquirir nuevas experiencias a través del trabajo de campo que se pretende realizar, con ayuda de los instrumentos necesarios que permitan valorar la situación actual en la que viven, así como el estado físico y psíquico que presentan.

CAPÍTULO II

4 Marco Teórico

4.1 Fundamentación referencial

En Cuba, Ulloa et al. (2019) realizaron un proyecto de investigación sobre el síndrome de inmovilidad en adultos mayores, donde pudieron evidenciar que las mujeres son más propensas a padecerlo, por el efecto se formuló como objetivo general caracterizar el comportamiento del síndrome de inmovilidad en los adultos mayores del Grupo Básico del policlínico Bernardo Posse de San Miguel del Padrón.

La investigación se llevó a cabo utilizando un estudio descriptivo y retrospectivo, las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y la entrevista, además de datos que se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes. La población total fue de 160 adultos mayores y la muestra que se escogió de 145, incluidos hombres y mujeres en edad de 60 años y más; el instrumento que se utilizó para recoger la información fue una plantilla de vaciamiento de datos.

A través de los resultados obtenidos se pudo determinar que el 65,51% de los adultos mayores se encontraban con inmovilidad larvada, es decir, que progresa lentamente, la causa más frecuente es la osteoartritis alcanzando un 83,15%, en cuanto a la inmovilidad aguda el 34,48% de los adultos mayores la padece y la causa más frecuente es el síndrome del cuidador con un 68%, seguido de fracturas y traumatismos. Por lo cual, se llegó a la conclusión de que la inmovilidad va aumentando con la edad, y que este síndrome deteriora de manera significativa la vida de los adultos mayores.

Por otro lado en Ecuador, en la Provincia de Cuenca, Lata y León (2016) estudiaron sobre el deterioro de la movilidad física e impacto en el estado psicológico en los adultos mayores, donde la principal problemática fue la limitación de movimiento, lo que provoca que existan cambios psicológicos y emocionales, plantearon como objetivo general determinar el deterioro de la movilidad e impacto psicológico de los adultos mayores de la Parroquia Sinincay.

La metodología utilizada se caracterizó por ser de tipo descriptivo, utilizando el método cuantitativo. La población total fue de 206 adultos mayores y la muestra de 79. Las técnicas aplicadas fueron la entrevista y la observación; y utilizaron instrumentos

como la Escala de Barthel, que permite valorar la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria, la Escala modificada de bienestar psicológico de Ryff, que permite valorar el nivel de bienestar psicológico de los adultos mayores y también se utilizó el consentimiento informado como respaldo legal.

Se obtuvo como resultado que el 32,9% de los adultos mayores es independiente, el 21,5 presenta dependencia leve, el 36,7% tiene dependencia moderada, y el 8,9% posee dependencia severa, todo esto se ve relacionado con los cambios que se dan a medida que va aumentando la edad, y las personas más afectadas son las que llevan una vida sedentaria. También se destaca que el 64,56% de los adultos mayores tienen relaciones positivas con sus amigos y familiares, mientras el 35,44% presenta inadecuadas relaciones lo cual afecta su estado emocional y mental.

Finalmente en la Provincia de Santa Elena, Luque y Lainez (2014) realizaron un proyecto de investigación sobre el deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores, donde se pudo evidenciar que este grupo etario va perdiendo la capacidad de movilizarse debido a las diferentes patologías que se presentan por la edad, y esto genera dificultad para autocuidarse, por esa razón se plantearon como objetivo general determinar las causas del deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en adultos mayores.

La metodología que utilizaron para el estudio investigativo fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, donde la población total fue de 60 adultos mayores que pertenecían al Centro de Atención Integral “Sagrada Familia”, en edades que oscilan entre 60 y 90 años. Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron la observación, entrevista y encuestas, como instrumentos utilizaron escalas e indicadores para poder determinar el grado de dependencia del adulto mayor.

Mediante los resultados obtenidos de la investigación, se aprecia que el 60% de los adultos mayores tiene conocimiento sobre el autocuidado y el 40% de los encuestados no tiene conocimiento del tema, además se destaca que el 20% lleva una vida sedentaria, es decir, no realiza ninguna actividad física, y aproximadamente el 40% tiene dificultad para autocuidarse y la principal causa de deterioro de la movilidad física es el miedo a caer que sienten estas personas, basándose en la Guía de atención y cuidados del adulto mayor con deterioro de la movilidad física.

4.2 Fundamentación teórica

4.2.1 Generalidades del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo de cambio natural, se caracteriza por ser intrínseco e irreversible, y es donde se producen cambios morfológicos y fisiológicos en el ser humano, trayendo como consecuencia “la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte” (Mollinedo y Cancela, 2018, p. 12).

Tabla 1

Tipos de envejecimiento

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO	DEFINICIÓN
Normal o Primario	El envejecimiento primario hace referencia a los cambios que se dan de forma natural y que son inevitables en el ser humano, donde no intervienen procesos patológicos.
Patológico o secundario	Este tipo de envejecimiento se da cuando existe una alteración en los diferentes órganos y sistemas por situaciones adversas y se producen enfermedades.
Activo o satisfactorio	Es cuando el adulto mayor cursa las mejores condiciones de vida, goza de bienestar físico, mental y social y tiene poca posibilidad de enfermar.

Elaborado por Grace Gómez Cruz

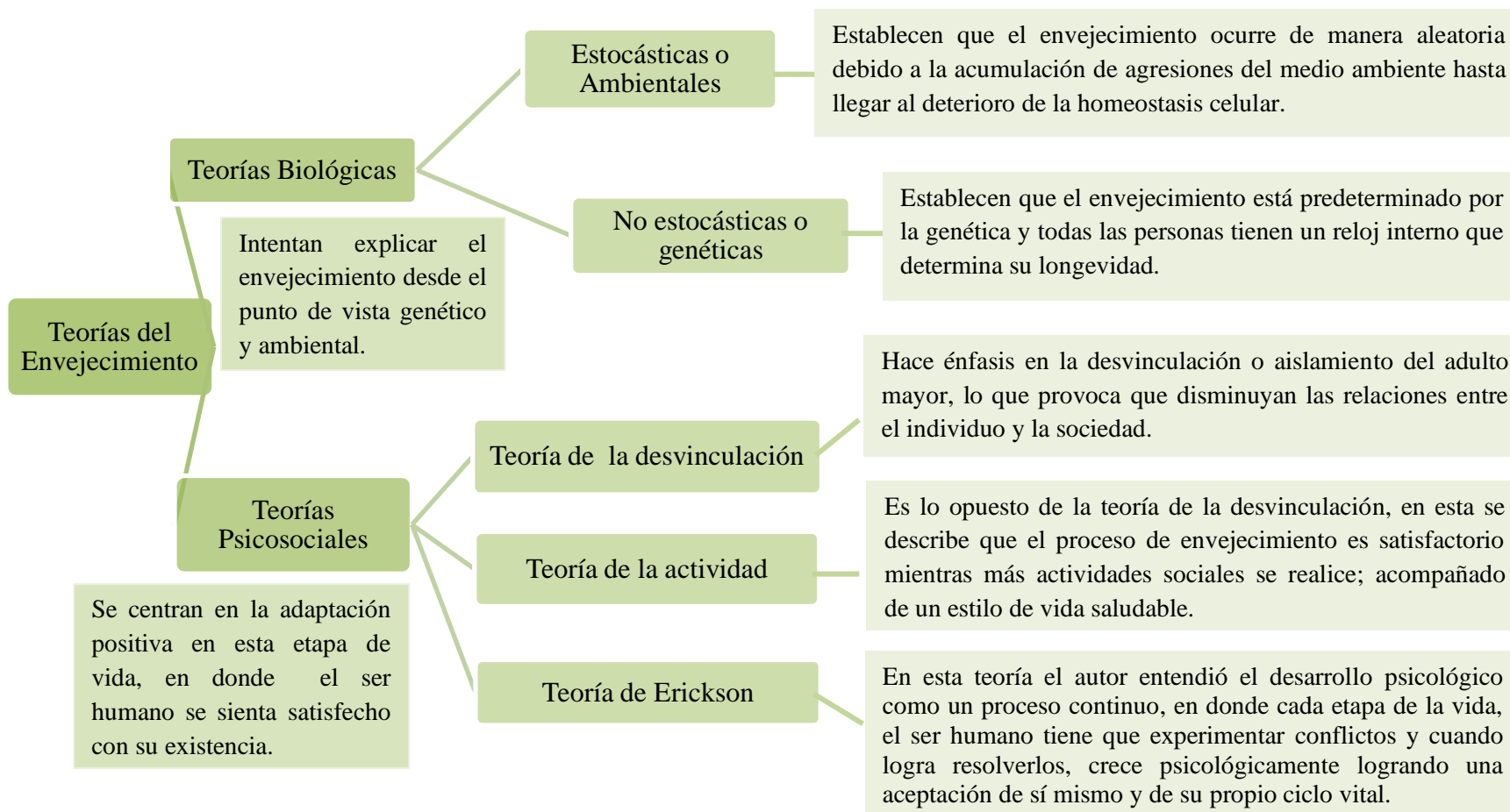
4.2.2 Modelos teóricos del envejecimiento

Existen muchas teorías que intentan explicar el envejecimiento, ya que se desconoce con exactitud el motivo por el que se dan diferentes cambios a medida que las personas envejecen, aunque todas presentan una justificación, ninguna brinda una explicación satisfactoria de manera unitaria (Cornachione et al., 2006).

Se clasifican en: teorías biológicas y psicosociales

Ilustración 1

Teorías del envejecimiento



Fuente. (Merchán y Cifuentes, 2014).

4.2.3 Cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento

4.2.3.1 Órganos de los sentidos

A medida que el ser humano envejece, se producen diversos cambios en los órganos de los sentidos como son la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto, generalmente la audición y la visión son los más afectados. Los cambios sensoriales pueden generar diversos problemas en el estilo de vida de las personas adultas mayores, ya que pueden existir problemas de comunicación, poco disfrute de las actividades y las interacciones sociales (Pérez Arellano , 2019).

Tabla 2

Cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos de los sentidos

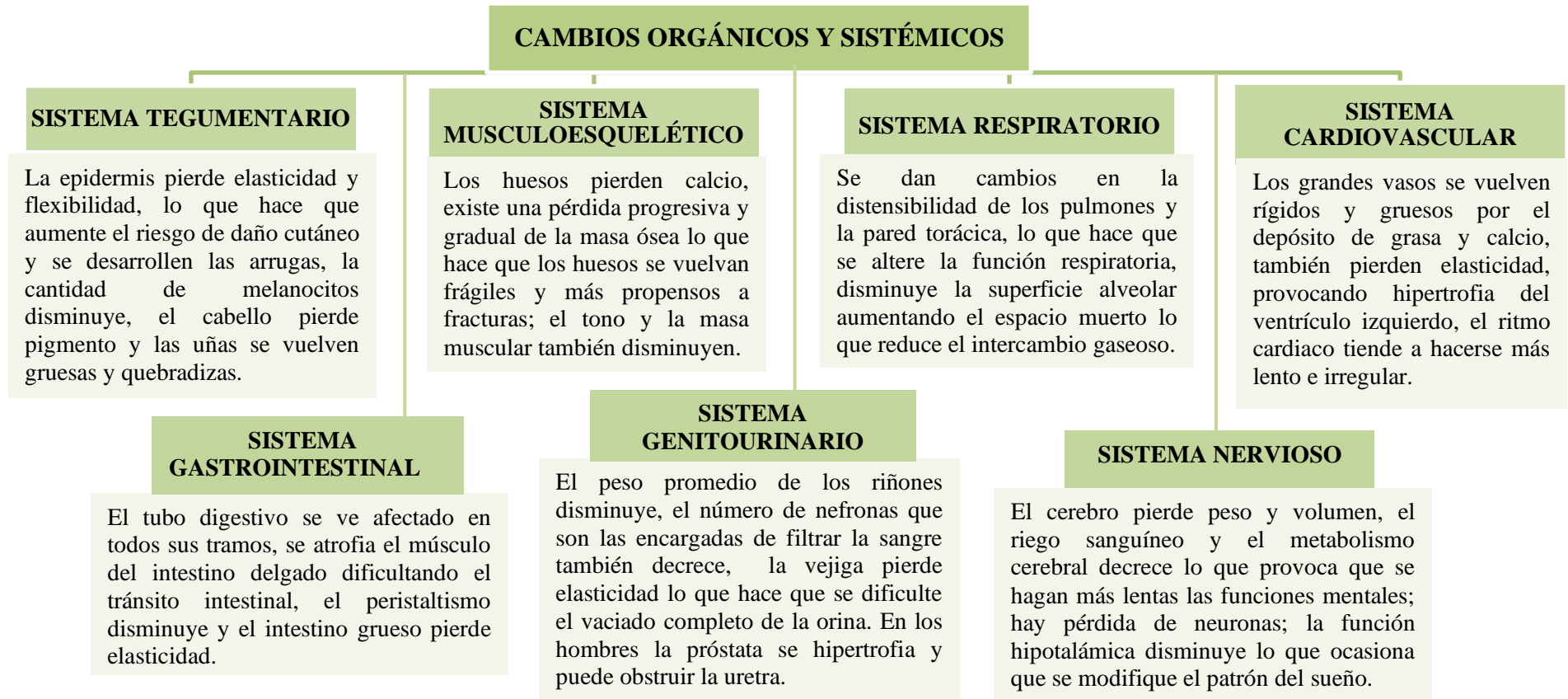
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS
Vista	Las estructuras del ojo cambian con la edad, existe una opacidad del cristalino, se altera el enfoque visual a corta distancia y las células fotorreceptoras decrecen lo que provoca dificultad para procesar y transmitir con rapidez la información del nervio óptico.
Oído	Existe una pérdida progresiva de la audición bilateral y se denomina presbiacusia, lo que dificulta la audición especialmente para los sonidos de alta frecuencia. El cerumen es más espeso y puede causar dificultad para oír, esto es muy común en la vejez.
Gusto y Olfato	Se pierden las papilas gustativas por lo que la sensación de sabores disminuye, se produce menos saliva, lo que puede causar resequedad. Los sentidos del gusto y el olfato trabajan juntos, y son los responsables en la seguridad y el disfrute de los alimentos.
Tacto	El adulto mayor se vuelve más sensible al tacto debido a que su piel se torna más delgada, son más vulnerables a padecer hipotermia, quemaduras o úlceras de decúbito.

Fuente. (Caballero, 2018, págs. 12,31).

4.2.3.2 Cambios orgánicos y sistémicos

Ilustración 2

Cambios anatómicos y fisiológicos en los diferentes órganos y sistemas



Fuente. (Williams, 2020, pp. 33-56).

4.2.4 *Envejecimiento saludable*

Abizanda y Rodríguez (2020), definen el envejecimiento saludable como el buen funcionamiento físico, mental y social e incluye una reducción de trastornos crónicos, buena movilidad, participación social, capacidad para llevar una vida independiente, es decir, que el adulto mayor tenga un buen estado general de salud y una interacción estrecha con las demás personas y su entorno (p. 50).

4.2.4.1 *Factores que influyen en el envejecimiento saludable*

Existen múltiples factores que influyen para que una persona envejezca de manera saludable, ya que algunas de las variaciones de salud dependen de la genética, edad, género, raza, entornos físicos, vivienda, alimentación, educación, apoyo social percibido, nivel económico, entre otros (Rodríguez et al., 2018).

El entorno físico en que las personas desarrollan actividades de la vida diaria tiene una influencia muy importante en el mantenimiento de la salud, la vivienda en la que habitan se asocia con la calidad de vida, ya que esta debe proveer higiene, comodidad, seguridad y protección y es un factor básico e importante para la supervivencia (Soria y Montoya, 2017).

Por otro lado, la actividad física y el consumo de alimentos saludables son fundamentales para envejecer de manera satisfactoria, es importante llevar una dieta equilibrada, no consumir alimentos procesados, abstenerse a beber alcohol o fumar, los buenos hábitos disminuyen el riesgo de contraer enfermedades (Moreno et al., 2018).

Otros de los aspectos positivos que generan bienestar, es que el grupo etario mantenga buenas relaciones sociales, participe en actividades recreativas, tenga integración en la comunidad, sostenga buenas relaciones con familiares y amistades; esto ayuda a prevenir la soledad, depresión y aislamiento (Maldonado et al., 2019).

4.2.5 *Actividad y ejercicio en el adulto mayor*

4.2.5.1 *Beneficios de la actividad física en los adultos mayores*

La actividad física contribuye un papel importante en el mantenimiento de la salud, nos ayuda a vivir una vida más sana, plena y autónoma, se debe practicar de manera adecuada, según la condición física de cada persona (Rico et al., 2018). “Los programas de ejercicio mejoran los sentimientos de bienestar y mejoran la resistencia, la

fuerza y la salud. El ejercicio reduce el riesgo de muchos problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y osteoporosis” (Ann et al., 2019, p. 405).

Si se practica ejercicios físicos con regularidad disminuyen las respuestas neurales al estrés, “disminuye el estrés psicológico, las enfermedades relacionadas con el estrés oxidativo y tiene un efecto antiinflamatorio” (Rico et al., 2018, p. 291), además, reduce la ansiedad, mejora el patrón del sueño, el estado de ánimo, e incluso puede ayudar a mejorar la concentración y la memoria (Fuertes, 2021). “las personas que practican ejercicio viven más años que las personas sedentarias” (Fuertes, 2021, p. 30).

4.2.6 Deterioro de la movilidad física

La movilidad es considerada una propiedad física condicional, “requiere suficiente fuerza muscular y energía, además de la estabilidad esquelética, la función articular y la sincronización neuromuscular adecuadas. Cualquier cosa que altere este proceso integrado puede provocar deterioro de la movilidad o bien inmovilidad” (Crawford y Harris, 2017, p. 32).

El deterioro de la movilidad física se define como la limitación del movimiento, del cuerpo o de una o más extremidades. Todas las personas son propensas a padecerlo, sin embargo las más vulnerables son aquellas con enfermedades agudas o crónicas, con dolor crónico o alguna lesión traumática (Pérez et al., 2020). “Los procesos que afectan directamente a la movilidad incluyen trastornos de los sistemas nerviosos central y periférico, trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares” (Crawford y Harris, 2017, p. 32).

Existen múltiples factores que pueden contribuir a la inmovilidad del adulto mayor, estos se dividen en intrínsecos y extrínsecos:

4.2.7 Factores intrínsecos y extrínsecos de la inmovilidad

Ilustración 3

Factores intrínsecos y extrínsecos de la inmovilidad



Fuente. (Martín et al., 2019, p. 449).

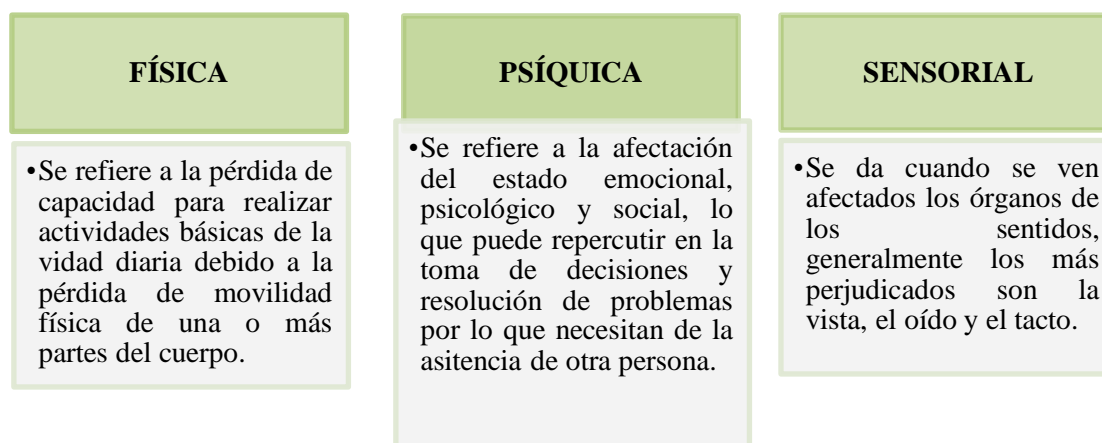
4.2.8 Dependencia en el adulto mayor

A medida que pasan los años pueden ir apareciendo procesos relacionados con diferentes patologías que conllevan a todo tipo de dependencia, esta puede ser leve, moderada o grave, y generar un efecto desfavorable en la calidad de vida de las personas que atraviesan la etapa de la vejez; un adulto mayor se vuelve dependiente cuando pierde las facultades física, psíquica, intelectual o sensorial y precisa de la asistencia de alguien más para realizar cualquier actividad (Delgado, 2018).

4.2.8.1 Dependencia física, psíquica o mental y sensorial

Ilustración 4

Tipos de dependencia del adulto mayor



Fuente. (Capdevila, 2019).

4.2.8.2 Persona adulta mayor independiente o autovalente

Una persona adulta mayor independiente o autovalente es aquella que tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y no necesita de la ayuda de alguien más para realizar cualquier actividad, además cuenta con un buen funcionamiento físico, mental y social, es decir, mantiene un envejecimiento activo; generalmente este tipo de personas son las que a lo largo de su vida han llevado un estilo de vida saludable.

4.2.9 Autocuidado en el adulto mayor

El autocuidado es un elemento esencial para el mantenimiento de la salud y prevenir enfermedades, es la actitud y aptitud para realizar actividades de manera autónoma y sistemática. Es importante la educación sanitaria en la población para que tengan conocimiento sobre estilos de vida saludables y de esta manera asuman con responsabilidad acciones o decisiones para su bienestar (Vega y Camacho, 2019).

4.2.9.1 Cuidados básicos del adulto mayor

Tabla 3

Cuidados básicos del adulto mayor

CUIDADOS BÁSICOS	RECOMENDACIONES GENERALES
Cuidado y Aseo Personal	El cuidado va a depender de la limitación funcional; en el baño se debe regular la temperatura del agua, colocar barras de apoyo y asegurarse que el piso no sea resbaloso, es favorable que utilice ropa holgada y zapatos cómodos. Con respecto al cepillado del cabello, la acción de afeitarse, cuidado de uñas o el aseo bucal se debe ayudar a realizarlos si su funcionalidad es defectuosa.
Alimentación Saludable	La ingesta diaria de los adultos mayores debe ser variada y contener todos los nutrientes necesarios, evitar alimentos con muchas calorías, colesterol y grasas; tomar suficiente agua para evitar la deshidratación y facilitar la digestión.
Cuidado de la Boca y Dientes	Se debe utilizar un cepillo dental con cerdas suaves, pasta con flúor ya que esta ayuda a prevenir caries, cepillar 3 veces al día después de ingerir alimentos y antes de dormir, si el adulto mayor utiliza prótesis removible esta se debe lavar muy bien y retirarla durante la noche.
Cuidado de las Manos y Pies	Entre los cuidados de los pies están utilizar calzado cómodo, calcetines que permitan una adecuada transpiración, seguir una higiene adecuada y secarlos bien, ya que la humedad es un factor para que se desarrollen infecciones, se debe aplicar crema hidratante tanto en las manos como en los pies y cortar y limarse las uñas de manera adecuada.
Cuidado de los Ojos y Oídos	Se debe acudir con un oftalmólogo en caso de presentar alguna alteración en la vista, como dolor, inflamación o disminución de la visión, así mismo en caso de presentar algún problema auditivo, visitar al otorrinolaringólogo.

Fuente. (Alvarado et al., 2017, pp. 199-206).

4.2.10 Teoría del autocuidado – Dorothea Orem

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como el arte de cuidar, por lo que responde a ayudar a las personas cuando estas lo necesitan, sin importar la situación en la que se encuentren, identificando los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad.

El proyecto de investigación está relacionado con una de las grandes teorías de enfermería formulada por Dorothea Orem, que trata sobre el autocuidado; este modelo está compuesto por tres subteorías: la teoría de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería. El autocuidado se caracteriza por la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, en el cual el rol del profesional de enfermería es ayudar al paciente a crear hábitos adecuados para conservar el bienestar por sí solos, o ayudar a recuperarse de la enfermedad.

Sin embargo, la edad, el desarrollo y el estado de salud muchas veces pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades básicas, conllevando a la existencia del déficit de autocuidado, como lo es en el caso de la mayoría de los adultos mayores, ya que debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que se dan a medida que pasa el tiempo, se ve afectada su calidad de vida, además se vuelven vulnerables y demandantes de cuidado.

4.3 Fundamentación Legal

El proyecto de investigación se ampara en leyes establecidas en la Constitución de la República del Ecuador 2008 y en La Ley del anciano.

Constitución de la República del Ecuador 2008

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- La jubilación universal.
- Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- Exenciones en el régimen tributario.
- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
- 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.

En particular, el Estado tomará medidas de:

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

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

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

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

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

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Ley del anciano

Capítulo IV

De las infracciones y sanciones

Art. 22.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;

b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;

c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;

d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;

e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad.

5 Formulación de la hipótesis

Hipótesis (Hi): El deterioro de la movilidad física guarda relación con el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, La Libertad-Santa Elena, 2020 - 2021.

5.1 Identificación y clasificación de las variables

Variable Independiente (VI): Deterioro de la movilidad física

Variable Dependiente (VD): Autocuidado del adulto mayor

5.2 Operacionalización de variables

Tabla 4

Matriz de operacionalización de las variables

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El deterioro de la movilidad física guarda relación con el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, La Libertad-Santa Elena, 2020 - 2021.	V.I: Deterioro de la movilidad Física	Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.	Movilidad	Calidad de movimiento	Test de movilidad articular y funcional (FMS)
			Estabilidad		
			Balance	Malo	
			Equilibrio	Regular o aceptable	
			Flexibilidad	Excelente	
			Control Motor		
			Dominio Motor	Grado de dependencia	
	V.D: Autocuidado	Es la actitud y aptitud para realizar de forma independiente actividades de la vida diaria, dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades.	• Autocuidado	Total	Índice de Barthel
• Control esfínteres			Grave		
• Movilidad			Moderado		
• Ambulación			Leve		
			Independiente		

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El deterioro de la movilidad física guarda relación con el autocuidado del adulto mayor en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, La Libertad-Santa Elena, 2020 - 2021.	V.D: Autocuidado	Es la actitud y aptitud para realizar de forma independiente actividades de la vida diaria, dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades.	Dominio Cognitivo	Deterioro Cognitivo	Escala Mini-mental
			<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Atención y cálculo • Recuerdo • Lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> No existe deterioro y Leve Moderado Grave 	
	Adulto mayor	Un adulto mayor es una persona de 65 años o más.	Edad	>65 años	Ficha
			Género	Hombre– Mujer	Sociodemográfica
			Estado civil	Soltero-casado-viudo	Observación
			Nivel de educación	Primaria-Secundaria-Tercer nivel	
			Discapacidad	Física-sensorial-psíquica-intelectual	Valoración

Elaborado por: Grace Gómez Cruz

CAPÍTULO III

6 Diseño metodológico

6.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que permitirá medir con precisión las variables de estudio a través de datos numéricos, es de tipo no experimental porque vamos a observar a la población de adultos mayores en su contexto natural en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, sin interferir o manipular las variables; asimismo es de tipo transversal, porque va a recoger información una sola vez, en un período de tiempo establecido y en un lugar determinado, también es un estudio descriptivo porque nos permitirá detallar las características de la problemática a investigar y a su vez es un estudio correlacional porque busca determinar la influencia entre el deterioro de la movilidad física y el autocuidado, siendo estas las principales variables de la investigación.

6.2 Métodos de investigación

El método utilizado es analítico-sintético, ya que a través del método analítico realizaremos una descomposición del objeto de estudio y problemática a investigar para observar y analizar las causas, la naturaleza y los efectos de cada una de las variables; para luego hacer la recomposición de la información obtenida, utilizando el método sintético y así obtener una conclusión específica para poder determinar la manera en la que influye el deterioro de la movilidad física en el autocuidado del adulto mayor.

6.3 Población y muestra

La población total es de 75 adultos mayores que pertenecen al Centro de Educación Integral Melvin Jones, incluidos hombres y mujeres. La muestra con la que se trabajó es de 62 y se obtuvo a través de la siguiente fórmula:

n = muestra

N = población

p = posibilidad de ocurrencia (0,5)

q = posibilidad de no ocurrencia (0,5)

E = margen de error 5% (0,005)

Z = nivel de confianza (1,96)²

$$n = \frac{N.p.q}{\frac{(N-1) E^2}{7^2}} + p.q$$

$$n = \frac{75 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{\frac{(74) (0,0025)}{(1,96)^2}} + 0,25$$

$$n = \frac{18,75}{\frac{0,185}{3,8416}} + 0,25$$

$$n = \frac{18,75}{0,04815 + 0,25}$$

$$n = \frac{18,75}{0,29815} = 62$$

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron adultos mayores de edades entre 65 y 90 años que cumplieran con la condición de estudio y aceptaron participar en el proyecto.
- **Criterios de exclusión:**
- Adultos mayores de 91 años y más.
- Personas con alguna condición mental que imposibilitara su participación.
- Adultos mayores indispuestos por algún cuadro clínico.
- Personas que no quisieron participar en el proyecto de investigación.

6.4 Tipo de muestreo

Para la investigación se utilizó el muestreo no probabilístico en donde se aplicó el muestreo de juicio ya que los adultos mayores fueron seleccionados según los criterios de inclusión convenientes para el proyecto de investigación.

6.5 Técnicas de recolección de datos

Entre las técnicas utilizadas para la recolección de datos están:

- Observación directa
- Encuesta
- Valoración
- Entrevista
- Análisis de documentos

6.6 Instrumentos de recolección de datos

Entre los instrumentos utilizados para la recolección de datos de la presente investigación están:

Ficha Sociodemográfica.- Esta herramienta permite recolectar información general de los adultos mayores, así como las características sociales y demográficas, las cuales son fundamentales para el proceso de investigación, se encuentran datos como: edad, género, estado civil, nivel de educación, ocupación y si el encuestado sufre de alguna discapacidad; como dato adicional incluye la toma de constantes vitales.

Test de movilidad articular y funcional (FMS).- Este test consta de 7 pruebas funcionales individuales que requieren habilidades físicas como movilidad, balance, equilibrio, flexibilidad y estabilidad del individuo, al ejecutarlos se recibe una puntuación de 0 a 3.

Donde 3 es el mejor puntaje y se lo aplica cuando la persona realiza el movimiento sin ningún inconveniente, 2 si la persona puede completar el movimiento pero debe compensar de alguna manera, 1 si la persona no puede completar el movimiento, y 0 si durante la prueba tiene dolor en cualquier parte del cuerpo. La interpretación de la puntuación obtenida se realiza de la siguiente manera:

- Una puntuación de 21 determina una excelente condición física.
- 15 – 20: Se considera una condición física regular o aceptable.
- 0 – 14: Mala condición o situación de alarma donde hay riesgo de sufrir algún tipo de lesión.

Índice de Barthel.- Este instrumento valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son deposición, micción, arreglarse, usar el baño, comer, trasladarse, caminar, vestirse, subir y bajar escaleras y bañarse; donde se asigna una puntuación máxima de 20 puntos y 18 si la persona va en sillas de ruedas. El resultado de la puntuación determina el grado de dependencia:

- <4 Total
- 4 – 7 Grave
- 8 – 11 Moderado
- \geq 12 Leve
- 20 Independiente

Escala Mini-mental.- Es un test de carácter cognitivo utilizado en pacientes geriátricos, permite evaluar la sospecha de síntomas compatibles con deterioro cognitivo o demencia. Se divide en cinco grupos para la evaluación como la orientación, registro de la memoria inmediata, atención y cálculo, concentración o recuerdo y lenguaje. La interpretación de la puntuación obtenida se realiza de la siguiente manera:

- 25 – 30 no existe deterioro cognitivo
- 20 – 24 deterioro cognitivo leve
- 15 – 19 deterioro cognitivo moderado
- 0 – 14 deterioro cognitivo grave

6.7 Aspectos éticos

Basándonos en los principios éticos y bioéticos de enfermería los cuales incluye la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, se realizó una petición formal y por escrito a las autoridades del Centro de Educación Integral Melvin Jones para poder ejecutar la presente investigación, de igual manera se pidió y se hizo firmar el consentimiento informado a los adultos mayores, como constancia de que estuvieron de acuerdo en la participación del estudio investigativo.

CAPÍTULO IV

7 Presentación de resultados

7.1 Análisis e interpretación de resultados

Con los instrumentos y técnicas de recolección de datos aplicadas a los adultos mayores se dio cumplimiento con los objetivos planteados y se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 5

Distribución de los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones según edad y sexo

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
65 - 74	15	7	22	35%
75 - 84	15	11	26	42%
85 - 90	9	5	14	23%
TOTAL	39	23	62	100%
PORCENTAJE	63%	37%	100%	

*Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz*

En la tabla 5 se puede observar que el 63% (39) de los adultos mayores encuestados fueron de sexo femenino y el 37% (23) de sexo masculino, lo que significa que al Centro de Educación Integral Melvin Jones acuden más personas de sexo femenino. La edad que más predomina es de 75 a 84 años, con un porcentaje de 42%. Cabe recalcar que la edad y el sexo son indicadores esenciales al momento de valorar el deterioro de la movilidad física y la capacidad de autocuidado en los adultos mayores.

Tabla 6

Nivel de escolaridad de los adultos mayores

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	28	45%
Secundaria	3	5%
Ninguna	31	50%
TOTAL	62	100%

*Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz*

Como se observa en la tabla 6, el 50% (31) de los adultos mayores encuestados no cuenta con ningún tipo de escolaridad, el 45% (28) estudió la primaria y el 5% (3) la secundaria. El nivel de educación bajo resulta determinante para la calidad de vida de las personas, ya que limita su pleno desarrollo, la participación con la sociedad y los vuelve más vulnerables a situaciones de dependencia, además sólo les

permite acceder a ocupaciones con bajo salario, lo cual es un factor desencadenante a la pobreza.

Tabla 7

Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	31	41%
Diabetes	12	16%
Artritis	11	15%
Artrosis	6	8%
Osteoporosis	4	5%
Parkinson	2	3%
Accidente Cerebrovascular	2	3%
Ninguna	7	9%
TOTAL	75	100%

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz

La enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial con un 41% (31), seguida de la diabetes con un 16% (12), y la artritis con un 15% (11). Muchos de los adultos mayores padecen de dos o más patologías por lo que se obtiene una frecuencia de 75 como se observa en la tabla 7. El 89% (55) del grupo etario sufre de enfermedades crónicas, lo que constituye un factor de riesgo, ya que estas patologías afectan de una u otra manera la movilidad física y la capacidad de autocuidado e influye de manera negativa en su calidad de vida; por otro lado, el 11% (7) no padece de ninguna enfermedad a pesar de la edad que presentan.

Tabla 8

Tipos de discapacidad que padecen los adultos mayores

DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Física	7	11%
Visual	13	20%
Auditiva	8	12%
Ninguna	38	57%
TOTAL	66	100%

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz

Según los resultados obtenidos el 20% (13) de los adultos mayores sufre de discapacidad visual, el 12% (8) de discapacidad auditiva y el 11% (7) de discapacidad física, cabe recalcar que algunos padecen de dos tipos de discapacidad por lo que la frecuencia es de 66 como se observa en la tabla 8; esto influye de manera negativa porque estas personas no puede realizar adecuadamente las actividades de la vida diaria y se ve afectada su capacidad física y de autocuidado. El porcentaje de adultos mayores que sufre de algún tipo de discapacidad es del 39% (24), y el 61% (38) no padece de ninguna discapacidad.

Tabla 9

Conocimiento sobre el autocuidado

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	28	45%
No	34	55%
TOTAL	62	100%

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz

Como se puede observar en la tabla 9, el 55% (34) de los adultos mayores no tiene conocimiento sobre el autocuidado y el 45% (28) sí sabe lo que significa. Es importante el conocimiento sobre el autocuidado ya que a través de esto las personas toman conciencia y asumen la responsabilidad de su propio bienestar ya sea este físico, mental, emocional o espiritual.

Tabla 10

Capacidad de autocuidado del adulto mayor mediante la aplicación del Índice de Barthel

GRADO DE DEPENDENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Dependencia grave	2	0	2	3%
Dependencia moderada	8	7	15	24%
Dependencia leve	21	10	31	50%
Independiente	8	6	14	23%
TOTAL	39	23	62	100%
PORCENTAJE	63%	37%	100%	

*Fuente: Índice de Barthel aplicado a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz*

Como se observa en la tabla 10, el 50% (31) de los adultos mayores sufre de dependencia leve, el 24% (15) de dependencia moderada y el 3% (2) de dependencia grave, es decir, más de la mitad de las personas encuestadas sufren de dependencia, por lo tanto, se encuentran con un mayor nivel de vulnerabilidad, ya que precisan de apoyo para poder realizar actividades básicas que son esenciales en la vida diaria y esto trae consigo problemas a nivel personal, familiar y social. Por otro lado, el 23% (14) del grupo etario es independiente lo cual constituye un factor positivo ya que estas personas a pesar de la edad y ciertas limitaciones aún pueden realizar las actividades de manera individual.

Tabla 11

Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores mediante la aplicación de la escala Mini mental

DETERIORO COGNITIVO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Grave	2	0	2	3%
Moderado	10	5	15	24%
Leve	12	8	20	32%
No existe deterioro	15	10	25	41%
TOTAL	39	23	62	100%
PORCENTAJE	63%	37%	100%	

*Fuente: Escala mini mental aplicada a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz*

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala mini mental, se observa en la tabla 11, que el 32% (20) de los adultos mayores, sufren de deterioro cognitivo leve, el 24% (15) de deterioro cognitivo moderado y el 3% (2) de deterioro cognitivo grave, en estas personas se puede ver afectada su capacidad de memoria, lenguaje, pensamiento o juicio, muchas de estas alteraciones se deben al deterioro cognitivo esperado por el envejecimiento, aunque cuando el deterioro pasa de moderado a grave y avanza de forma progresiva, podría ser una manifestación de demencia o alguna enfermedad neurodegenerativa. El 41% (25) de los adultos mayores no presenta deterioro cognitivo, a pesar de la edad aún cuentan con una buena capacidad mental.

Tabla 12

Valoración de las capacidades físicas del adulto mayor a través del Test de movilidad articular y funcional

CALIDAD DE MOVIMIENTO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Malo	28	12	40	64%
Regular o aceptable	11	10	21	34%
Excelente	0	1	1	2%
TOTAL	39	23	62	100%
PORCENTAJE	63%	37%	100%	

*Fuente: Test de movilidad articular y funcional aplicado a los adultos mayores
Elaborado por: Grace Gómez Cruz*

Como se observa en la tabla 12, la calidad de movimiento del 64% (40) de los adultos mayores es malo y el 34% (21) es regular o aceptable, es decir, el 98% de estas personas presenta una alteración en su movilidad articular y funcional, lo cual es un factor de riesgo para el grupo etario ya que son más vulnerables a sufrir fracturas o caídas, y esto les dificulta ejecutar tareas y desempeñar roles sociales ya que no cuentan con una buena condición física y no pueden desempeñarse de manera independiente en la vida diaria.

7.2 Comprobación de hipótesis

Según los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de investigación y el análisis de los mismos, se puede constatar que la hipótesis formulada tiene veracidad, ya que a través de la aplicación del Test de movilidad articular y funcional se evidenció que la calidad de movimiento del 64% de los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones es mala y la del 34 % es regular o aceptable, y mediante la aplicación del Índice de Barthel que permite evaluar la capacidad de autocuidado de las personas, se pudo evidenciar que el 50% de los adultos mayores sufre de dependencia leve, el 24% de dependencia moderada y el 3% de dependencia grave. Por lo tanto, se puede deducir que el deterioro de la movilidad física sí guarda relación con la capacidad de autocuidado del adulto mayor, ya que la mayoría de estas personas debido al deterioro de la movilidad física, presentan ciertas limitaciones y dolencias por lo que se les dificulta desenvolverse de manera autónoma en su vida cotidiana.

7.3 Conclusiones

- El desarrollo de la presente investigación permitió determinar que por la edad, las diferentes patologías y las alteraciones cognitivas que presentan los adultos mayores, se da el deterioro de la movilidad física y esto influye en la capacidad de autocuidado, además la mayoría de ellos, no tiene conocimiento sobre el significado y la importancia del autocuidado por lo que muchas veces no toman conciencia y no asumen con responsabilidad su salud y bienestar ya sea este físico, mental, emocional o espiritual.

- Con respecto a la movilidad articular y funcional; la mayoría de los adultos mayores tiene una calidad de movimiento mala y regular o aceptable, es decir, estas personas presentan deterioro de la movilidad física y limitaciones para realizar actividades básicas por lo que son más propensas a sufrir fracturas o caídas, ya sea por alteraciones musculoesqueléticas relacionadas con la edad, por patologías o algún tipo de discapacidad.

- Se identificó que un gran porcentaje de los adultos mayores del Centro de Educación Integral Melvin Jones presenta enfermedades crónicas; algunos también padecen discapacidades, ya sea esta física, visual o auditiva, estas alteraciones generan un impacto negativo en la calidad de vida y el funcionamiento diario de las personas, y conducen a la pérdida de la independencia funcional.

- Se pudo evidenciar que un gran porcentaje de los adultos mayores tiene alguna alteración cognitiva ya sea en su orientación, atención y cálculo, recuerdo o lenguaje; además presentan un bajo nivel de escolaridad y muchos nunca han estudiado, por lo que se ve afectado su desarrollo personal.

- La capacidad de los adultos mayores para realizar las actividades de la vida diaria se ven disminuidas, ya que más de la mitad sufre de dependencia, ya sea esta leve, moderada o grave, por lo que precisan del cuidado de otra persona; favorablemente la mayoría del grupo etario vive con un familiar, sin embargo, algunos viven solos, lo cual es un factor de riesgo, porque son propensos a padecer de soledad, depresión, ansiedad u otra enfermedad.

7.4 Recomendaciones

- El personal que labora en el centro de Educación Integral debe capacitar a los adultos mayores y a sus cuidadores, sobre estilos de vida saludables, también sobre la importancia del autocuidado ya que la educación sanitaria permite mejorar los conocimientos y destrezas en las personas, para cuidar su salud y asumir con responsabilidad acciones y decisiones para su bienestar.
- Los adultos mayores deben realizar rutinas de ejercicios simples por lo menos de 20 a 30 minutos diarios, para favorecer la movilidad y flexibilidad, ya que esto ayuda a mejorar el deterioro físico que presentan; estas actividades deben ser realizadas según la condición física de cada uno.
- Se deben seguir ejecutando los espacios activos en la institución para que los adultos mayores realicen actividades físicas y de recreación, ya que esto trae beneficios emocionales, cognitivos, físicos y sociales, lo que contribuye en su calidad de vida y además ayuda a reducir la incidencia de enfermedades.
- Que los estudiantes de enfermería de las siguientes promociones, utilicen la información de la presente investigación y profundicen el tema de estudio para que de esta manera se implementen actividades encaminadas a prevenir complicaciones de discapacidad o deterioro de la movilidad parcial o total y así se pueda alcanzar un nivel de vida más sano en estas personas.

8 Referencias bibliográficas

Abizanda, P., y Rodríguez, L. (2020). *Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores (2da Edición)*. Elsevier España.

Alvarado García , A., Lamprea Reyes, L., y Murcia Tabares , K. (01 de Julio de 2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Scielo*, 14(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>

Ann Potter, P., Griffin Perry, A., Stockert, P., y Hall, A. (Eds.). (2019). *Fundamentos de Enfermería (9na Edición)*. Elsevier Health Sciences.

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (16 de Enero de 2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Banco Interamericano de Desarrollo. (25 de Marzo de 2019). *Los retos para la salud de una población envejecida*. Recuperado el 23 de Marzo de 2021 de <https://blogs.iadb.org/salud/es/poblacion-envejecida/>

Caballero, J. (2018). *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: Fisiología y fisiopatología*. <https://15f8034cdff6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcba70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf>

Capdevila, M. (11 de Febrero de 2019). *Tipos de dependencia en ancianos*. Deusto Salud. Recuperado el 18 de Marzo de 2021 de <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/tipos-dependencia-ancianos>

Cornachione, M., Urrutia , A., y Ferragut, L. (2006). *Guía para el cuidado de ancianos con problemas*. Editorial Brujas.

Crawford, A., y Harris, H. (2017). Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física. *Nursing* , 34(4), 32-37. DOI: 10.1016/j.nursi.2017.07.010

Delgado González , A. (22 de Octubre de 2018). La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado. *Ocronos*. <https://revistamedica.com/dependencia-vejez-definicion-caracteristicas-importancia-cuidado/>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (05 de Marzo de 2019). *América Latina envejece a pasos de gigante*. Recuperado el 28 de Febrero de 2021 de <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/#:~:text=Si%20en%20este%20momento%2C%20el,ser%C3%A1%20mayor%20de%2060%20a%C3%B1os>

Fuertes, N. (2021). *Siempre Joven*. Penguin Random House Grupo Editorial España.

Instituto de Estadísticas y Censos. (2019). *Dirección Población Adulta Mayor*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. <https://www.inclusion.gov.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

Lata Sinchi, G. E., y León Ochoa, K. V. (2016) *Deterioro de la movilidad física e impacto en el estado psicológico en los adultos mayores de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca Periodo Abril- Septiembre 2016*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca]. <https://1library.co/document/y6272p5z-deterioro-movilidad-psicologico-parroquia-sinincay-canton-periodo-septiembre.html>

Luque Tomalá, F. L., y Lainez Salazar, E. F. (2014) *Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de autocuidado en los adultos mayores, Centro de atención integral "Sagrada Familia", Santa Elena 2013-2014* [Tesis de Licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. https://1library.co/document/y96xlxy-deterioro-movilidad-manifestado-dificultad-atencion-integral-sagrada-familia.html?utm_source=search_form#fulltext-content

Maldonado, M., Enríquez, R., Camacho, E., Aguirre, B., Arroyo, M., Bautista, A., Bretado, M., Flores, L., Hernández, A., Mendo, A., Pulido, M., Ramírez, M., y Vázquez, E. (2019). *Vejez y envejecimiento*. ITESO.

Martín Zurro, A., Cano Pérez, J., y Gené Badia, J. (2019). *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia (8va Edición)*. Elsevier Health Sciences.

Merchán, E., y Cifuentes, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (10 de Diciembre de 2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

Mollinedo Cardalda, I., y Cancela Carral, J. (2018). *Manual de aplicación del Método Pilates en enfermedad de Parkinson*. Wanceulen Editorial.

Moreno Crespo, P., Moreno Fernández, O., Cejudo Cortés, A., y Corchuelo Fernández, C. (2018). *Envejecimiento activo: Un reto socioeducativo*. Ediciones Octaedro.

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Envejecimiento*. Recuperado el 23 de Marzo de 2021 de <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Definición de Adulto Mayor según la OMS. *Canitas*. <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/>

Organización Mundial de la Salud. (08 de Febrero de 2021). *Trastornos Musculoesqueléticos*. Recuperado el 28 de Febrero de 2021 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Organización Panamericana de la Salud. (01 de Octubre de 2019). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS*. Recuperado el 23 de Marzo de 2021 de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es

Pérez Arellano , J. (2019). *Sisinio de Castro. Manual de Patología General (8va Edición)*. Elsevier.

Pérez Romero , F., y Orellana Haro, M. (2020). *Nutrición clínica geriátrica* . Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey.

Pérez Vela, J.L., Jiménez Rivera, J.J., Llanos Jorge, C. (2020). *Cirugía Cardiovascular. Abordaje Integral*. Elsevier Health Sciences.

Rico Rocillo, M., Oliva Rico, D., y Vega, R. G. (19 de Diciembre de 2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Medigraphic*, 56(3), 287-294. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im1831.pdf>

Rodríguez Marín, J., Sitges Maciá, E., Miró Linares, F., Pérez Jóver, V., Bautista Ortuño, R., Van der-Hofstadt, C., Segura Cuenca, C., Lorente Martínez, R., González Cutre-Coll, D., Moya Ramón, M., Cervelló Gimeno, E., Alaya Rodríguez, F., Vera García, F., Pastor Campos, D., Barbado Murillo, D., Fuentes Marhuenda, E., Quesada Moll, I., Pellicer Porcar, O., Oltra Cucarella , J., y Espert Tortajada, R. (2018). *Cuestiones básicas en gerontología*. Universidad Miguel Hernández.

Salgado Espinoza , C. (03 de Octubre de 2016). Autocuidado: el pilar para la buena calidad de vida del anciano hipertenso. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.*, 11(18), 1150. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/autocuidado-calidad-vida-del-anciano-hipertenso/>

Soria, Z., y Montoya, B. (07 de Septiembre de 2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>

Ulloa, O., Martinez, L., Hernandez, K., y Fernandez, L. (03 de Diciembre de 2019). Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. *Scielo*, 21(3), 30-39. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000300030

Vega, C., y Camacho Gutiérrez, E. (2019). *Autocuidado de la salud II*. Manual Moderno.

Williams, P. (2020). *Enfermería Geriátrica (7ma Edición)*. Elsevier.

9 Anexos

9.1 Anexo 1. Evidencias fotográficas



Firmando el consentimiento informado.



Realizando la toma de signos vitales.



Encuesta y aplicación de los instrumentos de investigación.

Realizando ejercicios mediante la aplicación del Test de movilidad articular y funcional.



9.2 Anexo 2. Consentimiento informado aplicado a los adultos mayores



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Carrera de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN “DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL MELVIN JONES, LA LIBERTAD-SANTA ELENA, 2020 – 2021”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación sobre la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

El presente estudio es conducido por la Carrera de Enfermería-Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud-Universidad Estatal Península de Santa Elena, coordinado por la Srta. Grace Gómez y la Lcda. Sara Barros. La meta de este estudio es evaluar aspectos físicos, psicológicos y sociales en los adultos mayores de la Fundación para la Inclusión Social Melvin Jones.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a preguntas contenidas en encuestas, Esto tomará aproximadamente 20 minutos. La investigación no tendrá costo para usted ni para la institución, no generará ningún riesgo para su integridad física ni psicológica y en su defecto permitirá la generación de estrategias educativas enfocadas a disminuir la problemática de la población geriátrica.

La participación de este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante las entrevistas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Lugar y fecha: _____

Yo, _____ con número de cédula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar los aspectos físicos, psicológicos y sociales en los adultos mayores de la Fundación para la Inclusión Social Melvin Jones.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acaree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a cualquier miembro del equipo de investigación del proyecto y así mismo puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando éste haya concluido.

Firma del participante

9.3 Anexo 3. Ficha sociodemográfica



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Carrera de Enfermería

FICHA SOCIO – DEMOGRÁFICA / DATOS DE ENFERMERÍA

1.- REGISTRO DE ADMISIÓN						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE CÉDULA		
DIRECCIÓN ACTUAL - BARRIO						
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	ETNIA	EDAD	GÉNERO	ESTADO CIVIL
FECHA DE APLICACIÓN	OCUPACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD		CUIDADOR	PARENTESCO	
2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES						
3. DISCAPACIDADES						
Tiene diagnosticada alguna discapacidad		TIPOS DE DISCAPACIDAD				
SI	/ %	NO	FÍSICA	INTELECTUAL	AUDITIVA	VISUAL LENGUAJE
N° Carnet CONADIS Y / O DND						
4. CONSTANTES VITALES						
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA		
/ mmHg		_____ X ´	_____ C °	_____ X ´		

9.4 Anexo 4. Índice de Barthel



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Carrera de **Enfermería**

ÍNDICE DE BARTHEL

A. DEPOSICIÓN

- 0 = Incontinencia o necesita enema
- 1 = Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios.
- 2 = Continencia normal

B. MICCIÓN

- 0 = Se orina o presentan sonda y es incapaz de manejar el funcionamiento de esta
- 1 = Se orina al menos una vez al día, o necesita ayuda para cuidar de la sonda
- 2 = Orina normal o es capaz de cuidarse la sonda, si tiene una puesta

C. ARREGLARSE

- 0 = Dependiente
- 1 = Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.

D. USAR BAÑO O SANITARIO

- 0 = Dependiente
- 1 = Necesita ayuda para ir al sanitario, pero se limpia solo
- 2 = Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa

E. COMER (ALIMENTACIÓN)

- 0 = Dependiente o incapaz
- 1 = Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.
- 2 = Totalmente independiente

F. TRASLADARSE

- 0 = Dependiente (no se mantiene sentado)
- 1 = Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo
- 2 = Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo
- 3 = Independiente

G. CAMINAR

- 0 = Dependiente o inmóvil
- 1 = Independiente en silla de ruedas sin ayuda
- 2 = Necesita ayuda física o supervisión para caminar
- 3 = Independiente, pero puede usar ayuda (ej. Un bastón)

H. VESTIRSE

- 0 = Dependiente
- 1 = Necesita ayuda
- 2 = Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.

I. ESCALERAS

- 0 = Dependiente o inhabilitado
- 1 = Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo
- 2 = Independiente para subir y bajar escaleras

J. BAÑARSE

- 0 = Dependiente
- 1 = Independiente: entra y sale solo del baño

Puntuación total ()

Máxima puntuación: 20 puntos (18 si va en sillas de ruedas)

RESULTADO

**Grado de
dependencia**

<4 Total

4 – 7 Grave

8 – 11 Moderado

≥ 12 Leve

20 Independiente

¿Tiene conocimiento sobre el autocuidado? (Si / No)

9.5 Anexo 5. Escala Mini-mental



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Carrera de **Enfermería**

ESCALA MINI MENTAL

ORIENTACIÓN

(5 puntos)

En qué año estamos? _____
En qué estación / época del año estamos? _____
Qué fecha es hoy? _____
Qué día de la semana es hoy? _____
En qué mes estamos? _____

(5 puntos)

En qué país estamos? _____
En qué provincia estamos? _____
En qué ciudad estamos? _____
En qué edificio/hospital/institución estamos? _____
En qué piso estamos? _____

REGISTRO

(3 puntos) Nombre estos 3 objetos: PERA, GATO, PELOTA. Tárdese 1 segundo para decir cada uno. Después pregúntele al paciente por los 3 objetos que le dijo.

PERA _____ GATO _____ PELOTA _____

ATENCIÓN Y CÁLCULO

(5 puntos) Reste 7 a partir del número 100. (1 punto por cada respuesta correcta). Deténgalo después de 5 respuestas. Como alternativa deletrear la palabra "MUNDO" al revés.

93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____
O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

RECUERDO

(3 puntos) Pregunte por los 3 objetos que repitió anteriormente

PERA _____ GATO _____ PELOTA _____

LENGUAJE

(2 puntos) ¿Qué es esto? (mostrar un lápiz y un reloj).

LÁPIZ _____ RELOJ _____

(1 punto) Repita esta frase: BARRIGA LLENA, CORAZÓN CONTENTO _____

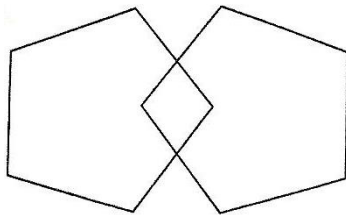
Siga las siguientes instrucciones:

(3 puntos) Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el piso _____

(1 punto) Lea lo que dice este papel:

“CIERRE SUS OJOS” _____

(1 punto) Copie este dibujo

























(1 punto) Escriba una oración _____







PUNTAJE TOTAL (/30)

9.6 Anexo 6. Test de movilidad articular y funcional

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR Y FUNCIONAL (FMS)

<p>1 FLEXIBILIDAD DE HOMBROS</p>  <p>3 Se tocan o hay menos de una mano de distancia.</p>  <p>2 Existe una distancia inferior a una mano y media.</p>  <p>1 La distancia es superior a una mano y media.</p> <p>0 Si hay dolor.</p>	<p>2 SENTADILLA PROFUNDA CON BRAZOS ESTIRADOS</p>  <p>3 La ejecución es perfecta sin ayuda externa. Caderas por debajo del nivel de las rodillas, torso recto paralelo a la tibia, rodillas rectas y palo horizontal en la vertical de los pies.</p>  <p>2 Para ejecutarlo correctamente necesitas elevar los talones o curvar la zona lumbar.</p>  <p>1 No puedes realizarlo ni con ayuda para elevar los talones.</p>  <p>0 Si hay dolor.</p>
<p>3 FLEXIBILIDAD DE CADERA</p>  <p>3 El palo baja entre la mitad del muslo y la cadera.</p>  <p>2 El palo queda en la mitad inferior del muslo.</p>  <p>1 El palo queda por debajo de la rodilla.</p> <p>0 Si hay dolor.</p>	<p>4 PASO DE VALLA</p>  <p>3 Tobillo, rodillas y caderas permanecen alineados y no se compensa con la zona lumbar. El palo se mantiene paralelo al suelo y no tocas la cinta.</p>  <p>2 Para completar el ejercicio rompes la alineación de tobillo, rodilla y cadera, compensas con la zona lumbar o el palo toca el marco de la puerta.</p>  <p>1 Pierdes el equilibrio, el palo no permanece horizontal o tocas la cinta con el pie.</p>  <p>0 Si hay dolor.</p>
<p>5 ZANCADA EN LÍNEA</p>  <p>3 Ejecución perfecta, sin perder la alineación, ni flexionar el tronco, ni levantar el talón y con una adecuada estabilidad y equilibrio.</p>  <p>2 Se produce una compensación flexionando el tronco, que se observa al separarse el palo del cuerpo.</p>  <p>1 Pierdes el equilibrio.</p>  <p>0 Si hay dolor.</p>	<p>6 ESTABILIDAD DEL TRONCO Y EXTENSIÓN</p>  <p>3 Perfecta ejecución sin doblar el cuerpo, y usando sincronizadamente hombros y caderas.</p>  <p>2 Para poder ejecutar una buena técnica, debes descender ligeramente la posición de las manos. Es decir, el pulgar a la altura de la barbilla para los hombres, y de los hombros para mujeres.</p>  <p>1 No eres capaz de realizar el ejercicio manteniendo la posición firme del tronco.</p>  <p>0 Si hay dolor.</p>

7 **CONTROL MOTOR**

		3 Ejecución perfecta, con pierna y brazo del mismo lado.	
		2 Ejecución perfecta, pero con las extremidades de distintos lados.	
		1 No consigues realizar ninguno de los anteriores por pérdida de equilibrio o falta de movilidad.	
		0 Si hay dolor.	

PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------	--

- Una puntuación de 21 determina una buena condición física.
- 15 – 20: Se considera una condición física aceptable.
- 0 – 14: Mala condición o situación de alarma donde hay riesgo de sufrir algún tipo de lesión.

9.7 Anexo 7. Autorización por parte de la institución para la realización del proyecto



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

La Libertad, 01 de Abril de 2021

Ing. Jorge Saavedra
**PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN PARA
LA INCLUSIÓN SOCIAL MELVIN JONES**

En su despacho.-

De mi consideración:

Yo Grace Lisseth Gómez Cruz, con cédula de identidad 2450509902, egresada previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, me dirijo a usted para solicitarle la aprobación y autorización para realizar mi proyecto de investigación en el Centro de Educación Integral Melvin Jones, con el tema DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL MELVIN JONES, LA LIBERTAD-SANTA ELENA, 2020 – 2021. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el cronograma de supervisión de la ejecución según corresponda.

Esperando que mi petición sea acogida, quedo ante usted muy agradecida.

Atentamente,

Grace Gómez.
Grace Gómez Cruz
C.I. 2450509902

Lcda. Sara Barros Rivera
Lcda. Sara Barros Rivera
TUTORA

Ing. Jorge Saavedra
Ing. Jorge Saavedra
PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN
PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
MELVIN JONES

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-781732
www.upse.edu.ec

9.8 Anexo 8. Certificado antiplagio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 30 de Mayo de 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL MELVIN JONES, LA LIBERTAD-SANTA ELENA, 2020 - 2021, elaborado por Grace Lisseth Gómez Cruz, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el 2 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lda. Sara Barros Rivera, MSc.
Tutor de trabajo de titulación