



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

TÍTULO DEL TEMA:

**VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEPENDENCIA DE LOS
ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA. MANGLARALTO
2021.**

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

AUTOR:

MORENO PRUDENTE JAIME ANTONIO

TUTOR:

LIC. YANELIS SUAREZ ANGERI, MGT.

PERÍODO ACADÉMICO

2020 - 2

TRIBUNAL DE GRADO



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

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

Lic. Alicia Cercado Mancero. PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**

Lic. Elena Pérez Pons, Msc
DOCENTE DEL ÁREA

Lic. Yanelis Suárez Angerí, MSc.
TUTORA

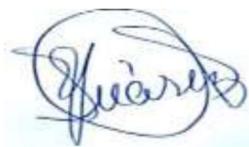
Ab. Coronel Ortiz Víctor, MSc.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 10 de noviembre del 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación, titulado: **VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA. MANGLARALTO 2021**. Elaborado por el Sr. **MORENO PRUDENTE JAIME ANTONIO**, 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/A EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



LIC. YANELIS SUAREZ ANGERI, MGT.

DOCENTE TUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado eternamente a Dios, quien me ha permitido llegar hasta este momento, brindándome luz, confianza, y sabiduría para poder lograr tan esperada meta.

A mis padres, quienes son el pilar fundamental en mi vida, brindándome la capacidad, apoyo, y confianza para superarme deseando lo mejor para mí y así poder lograr cada propósito.

A mis hermanos, les dedico este trabajo por estar siempre en cada momento que los necesite, en cada obstáculo que cruce, y en cada decisión que tome.

Moreno Prudente Jaime Antonio

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por darme la oportunidad de estudiar en tan prestigiosa institución para poder lograr mi meta propuesta.

A los docentes, les agradezco el compartir sus conocimientos conmigo y demás compañeros, gracias por esas enseñanzas profesionales impartidas.

A los amigos que fui encontrando en el camino universitario, gracias por esas vivencias y experiencias que en su momento fueron guías en nuestros estudios.

Lic. Yanelis Suárez Angeri, gracias por guiarme en el lapso de esta investigación para poder lograr mi objetivo.

Moreno Prudente Jaime Antonio

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la universidad Estatal Península de Santa Elena.

A handwritten signature in blue ink, reading "Jaime Antonio Moreno Prudente", is written over a horizontal line.

Moreno Prudente Jaime Antonio

C.I: 0929019024

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DECLARACIÓN.....	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
1. El problema	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema.....	7
2. Objetivos	7
2.1 Objetivo general.....	7
2.2 Objetivos específicos.....	7
3. Justificación	7
CAPÍTULO II.....	9
4. Marco teórico.....	9
4.1 Marco referencial.....	9
4.2 Fundamentación teórico	11
4.2.1 Adulto mayor.....	11
4.2.2 El envejecimiento	12

4.2.2.1 Cambios del envejecimiento que generan dependencia funcional	13
4.2.3 Capacidad funcional del adulto mayor	15
4.2.4 Dependencia y discapacidad	16
4.2.5 Valoración de la capacidad funcional.....	18
4.2.6 Fundamentación de enfermería	23
4.3 Fundamentación legal	25
5. Formulación de la hipótesis.....	29
5.1 Identificación y clasificación de variables	29
5.1.1 Variable independiente	29
5.1.1 Unidad de análisis.....	29
5.2 Operacionalización de variables.....	30
CAPÍTULO III	31
6. Diseño metodológico	31
6.1 Tipo de la investigación.....	31
6.2 Métodos de la investigación	31
6.3 Población y muestra.....	31
6.3.1 Población	31
6.3.2 Muestra	31
6.4 Tipo de muestreo	32
6.5 Técnica de recolección de datos.....	32
6.6 Instrumentos de recolección de datos.....	32
6.7 Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO IV.....	34
7. Presentación de resultados	34
7.1 Análisis e interpretación de resultados.....	34
7.2 Comprobación de la hipótesis.....	37
7.3 Conclusiones.....	40

<i>7.4 Recomendaciones</i>	40
8. Referencias Bibliográficas	42
9. Anexos	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Índice de Barthel.....	20
TABLA 2: Tabla de puntuacion del indice de Barthel	22
TABLA 3: Actividades diarias de la vidad diaria	23
TABLA 4: Operacionalización de las variables.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Nivel de capacidad funcional	34
GRÁFICO 2: Características sociodemográficas.....	35
GRÁFICO 3: Nivel de capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria	36
GRÁFICO 4: Relación entre las comorbilidades y el nivel de capacidad funcional	37

RESUMEN

El envejecimiento visto como proceso natural del ciclo vital, es considerado como un fenómeno complejo y multidimensional que trae consigo consecuencias y desafíos. La disminución de la tasa de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida son responsables del progresivo envejecimiento que viene experimentando la mayoría de los países occidentales. La persona adulta mayor con el tiempo va perdiendo valor social. La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor. Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores de la comuna Barcelona. Manglaralto, 2021. Metodología; Basado en el método empírico: descriptivo y observacional, de corte cuantitativo, no experimental y transversal. Resultados: En el análisis de los datos sociodemográficos, con una muestra de 62 adultos mayores, se obtiene como resultado que, el 58,1% es de género femenino, oscilan edades de 65 y 70 años, el 46,8% son casados o unidos y el 50% tiene un estado socioeconómico bajo. Analizando el nivel de dependencia el 35,5% presentan dependencia moderada para realizar actividades básicas de la vida diaria, mientras que tan solo el 19,4% son independientes. Al valorar la dependencia y la comorbilidad tenemos que 38,1% con enfermedades cardiovasculares presenta grave nivel de dependencia, el 60% con enfermedades neurológicas presenta dependencia moderada. Conclusiones: El nivel de capacidad funcional de los adultos mayores de la comuna Barcelona es de dependencia moderada. Además, en los adultos mayores con dependencia grave predominaron enfermedades cardiovasculares, en aquellos con niveles de dependencia moderada predominan enfermedades neurológicas, mientras que en los adultos mayores con dependencia leve o independientes se predominan las enfermedades respiratorias.

Palabras claves: Funcionalidad, capacidad funcional, adultos mayores, dependencia, valoración de enfermería.

ABSTRACT

Aging, seen as a natural process of the life cycle, is considered a complex and multidimensional phenomenon that brings with it consequences and challenges. The decrease in the mortality rate and the increase in life expectancy are responsible for the progressive aging that most Western countries have been experiencing. The older person over time loses social value. Functionality in the elderly is a main axis for programs aimed at strengthening active aging; Given the increase in this population group, diseases as a factor that limits physical, mental and social capacity require actions that reduce the dependency that contributes to further deterioration. Objective: To determine the level of functional capacity of the elderly in the Barcelona commune. Manglaralto, 2021. Methodology; Based on the empirical method: descriptive and observational, quantitative, non-experimental and cross-sectional. Results: In the analysis of the sociodemographic data, with a sample of 62 older adults, the result is that 58.1% are female, ranging in age from 65 to 70 years, 46.8% are married or united and 50% have a low socioeconomic status. Analyzing the level of dependency, 35.5% show moderate dependency to carry out basic activities of daily life, while only 19.4% are independent. When evaluating dependence and comorbidity, we have that 38.1% with cardiovascular diseases present a serious level of dependence, 60% with neurological diseases present moderate dependence. Conclusions: The level of functional capacity of the elderly in the Barcelona commune is moderately dependent. In addition, in older adults with severe dependence, cardiovascular diseases predominated, in those with moderate levels of dependence, neurological diseases predominated, while in older adults with mild or independent dependence, respiratory diseases predominated.

Keywords: Functionality, functional capacity, older adults, dependency, nursing assessment.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad, por su incremento, pero ante la inadecuada información, muchas personas creen que la vejez es una enfermedad (García, 2010).

Se considera en la actualidad que la esperanza de la vida de la población oscila entre los 60 años o más. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideran a los adultos de 60 a 74 años como “edad avanzada”, “ancianos” a adultos con rango de edad de 75 a 90 años y “longevos o viejos” a personas de 90 años en adelante. Para el 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015 (OMS, 2018).

Según Laguado & Camarco (2017). “El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual” (pág. 136)

La disminución de la tasa de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida son responsables del progresivo envejecimiento que vienen experimentando la mayoría de los países occidentales. En Ecuador, durante el periodo 1990 – 2000 la población aumentó a una velocidad promedio anual de 1,8%, durante el periodo 2000 – 2008, lo hizo a un ritmo cercano al 1,4%; a la vez que aumentó la población de 65 años y más, de 5% al 6,1%. Según las proyecciones del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) señalan que “para el 2020 será del 7,4%, mientras que en el 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con el de los hombres 77,6” (Quito, 2018, pág. 5).

La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor. El estado funcional mide la capacidad del anciano de desenvolverse

como ser integral: mental, física y socialmente. De ello depende, en gran medida, su calidad de vida (Laguado & Camarco, 2017).

Al igual que los adolescentes o personas adultas, el aporte que brindan a sus familias, a la comunidad y sociedad los adultos mayores, es de igual importancia y con gran significado. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas (OMS, 2015).

Por lo tanto, el envejecimiento de la población exige, una respuesta integral de salud pública. Sin embargo, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esto implica. Como indicaba la OMS, la salud del anciano como mejor se mide es en términos de función, siendo la capacidad funcional mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de enfermedades. Por lo cual surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional y la dependencia de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto, 2021?

Este proyecto de investigación se plantea como objetivo general determinar el nivel capacidad funcional de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto, con una metodología de estudio basada en el método empírico: descriptivo y observacional, de corte cuantitativo, no experimental y transversal, en la que se trabaja con una muestra de 62 pacientes según criterios de inclusión y exclusión, recolectando información mediante la escala de Barthel.

El estudio contiene cuatro capítulos, el capítulo I encontramos la problemática y objetivos planteados. El capítulo II comprende el marco teórico, con los antecedentes de la investigación fundamentación teórica y referentes nacionales e internacionales sobre el tema. Además, contiene fundamentación legal en el que se expone los derechos de los adultos mayores en el contexto legal ecuatoriano obtenidos de la Constitución del Ecuador, Ley Orgánica de los Adultos Mayores y del Plan Nacional del Buen Vivir.

En el capítulo III se muestra el diseño metodológico empleada en la investigación como: tipo y métodos, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de

datos. Finalmente, se expone el capítulo IV se presentan los resultados obtenidos, análisis e interpretación de datos, comprobación de hipótesis planteada, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1 Planteamiento del problema

El aumento de expectativa de vida en las últimas décadas está relacionado con el incremento de la población adulto mayor, lo que significa este el cambio demográfico más importante a nivel de la población en general. Por lo cual, según Loredo, Gallegos & Xequé (2016) “El adulto mayor en la actualidad se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la de adultos mayores crece un 2.5%” (pág. 160)

La (OMS, 2017), reportó que en el mundo la población de adultos mayores de más de 60 años aumentó de 400 millones en los años 50s a 700 millones en los años 90s y 1000 millones en el 2017, estimándose para el 2025 alrededor de 1200 millones, es decir, en los próximos 30 años habrá personas adultas mayores en países desarrollados en un 30% y países en desarrollo en un 12% como en Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos, Jamaica, Puerto Rico, Uruguay, y Cuba.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), señaló que las personas mayores de 60 años afectan su independencia por su miedo o incertidumbre por pérdida asociada a su vivencia afectiva, física y social; sufriendo abandono de sus descendientes, viudez, presentan Alzheimer, Parkinson, descenso de capacidades funcionales e incluso la muerte; por ello, debe adaptarse a esta nueva etapa de vida, a fin de ayudarlos a sentirse mejor tanto física, social y emocional; por consiguiente, priorizando el favorecimiento funcional y el envejecimiento saludable.

Hoy en día, el adulto mayor ha sufrido varias dificultades que han afectado su calidad de vida, pues pierde oportunidades de trabajo, actividad social y en muchos casos se sienten excluidos. La persona adulta mayor merece ser tratada con respeto considerando su autonomía, concientizando que son personas que han adquirido experiencias que aún tienen mucho que aportar a la sociedad.

El envejecer se considera como un proceso fisiológico, progresivo, e individualizado con una caída de las funciones sensoriales, cognitivas y pérdida continua de las funciones orgánicas y fisiologías, que comienzan en cada individuo desde el momento de su existencia.

El envejecimiento, entonces, hace parte del ciclo vital, entendido como un proceso natural que se vive desde el nacimiento, conformado por cambios progresivos que repercuten en la funcionalidad física de la persona, representada como la suma de capacidades que le permiten realizar actividades por sí mismo. La disminución de la reserva funcional en el adulto mayor está asociada a diversos factores, manifestándose como un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad (Gómez, 2015).

El estado funcional de los adultos mayores se caracteriza a menudo como una manifestación en declinación, puesto que en esta etapa del ciclo vital se presentan cambios normales a causa del proceso de envejecimiento, a su vez se asocian a problemas de salud. Para solventar esta condición se requiere apoyo de un equipo interdisciplinar que supla las necesidades del proceso de rehabilitación con metas a que la capacidad funcional de la persona se mantenga en el mayor grado posible, cuando esto no se cumple no se evidenciaran cambios favorables a lo largo del tiempo (Gómez, 2015).

En este sentido, se define como un estado de capacidad del individuo a realizar actividades sin supervisión ni ayuda de terceros. Además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Usualmente, este concepto es medido en el campo físico, es decir mediante la cuantificación de las actividades que realiza el adulto mayor en su vida diaria (Paredes, Pinzón, & Aguirre, 2018).

Según Gómez (2015) menciona que, “La capacidad funcional se considera como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona, a partir del análisis de este se pueden diseñar estrategias de salud pública, que se inclinan por un estilo de vida saludable y un mayor grado de autonomía de esta población” (pág. 14).

En su acepción más amplia, aquella persona que no puede desenvolverse por sus propios méritos, se considera como dependiente. Intrínsecamente presupone la pérdida de autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones y otros. Aunque la condición de dependencia puede darse a lo largo de toda la vida, hay condiciones que hacen más proclives a los adultos mayores (Gutiérrez, García, & Jiménez, 2014).

Como se mencionó anteriormente, la dependencia y mortalidad de los adultos mayores tienen una amplia relación entre ellas. La dependencia se evalúa por la necesidad

de supervisión o ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida que permiten mantener una vida autónoma en el domicilio habitual (Díaz, 2020).

Según, Quito (2018) “En Ecuador, existen 1.049.824 personas mayores de 65 años es decir 6,5% de la población total actualmente. Existen políticas públicas basadas en la defensa de los derechos y en el reconocimiento, al valor de la población adulta mayor en vista de su crecimiento progresivo” (pág. 5).

En la provincia de Santa Elena no se precisan cifras estadísticas sobre la población total de adultos mayores, se estima que 18,5 % acuden a diversos programas que ofrece el MSP para una longevidad activa. La mayoría de los adultos mayores, conforme avanza su edad, desarrolla mecanismos para enfrentar sus propias limitaciones y compensar los cambios sistémicos en todos los órganos, pues el estado de salud en general se afecta gradualmente, poniendo en peligro su vida. Sin embargo, gran parte de ellos necesita de cuidados a largo plazo en su hogar, en fundaciones, asilos o en hospitales (Díaz, 2020).

Por lo antes mencionado, la función de enfermería en la atención primaria abarca la promoción de la salud en el mantenimiento de la funcionalidad de los adultos mayores, la prevención de la enfermedad y de sus consecuencias, así como el desafío de promover en la población adulta media, estilos de vida saludables que conduzcan a un envejecimiento sano y activo.

En la comuna Barcelona, Manglaralto, los adultos mayores, son personas con déficit en su grado de autonomía y necesitan apoyo para la realización de sus actividades diarias, pese a esto, no se conoce el grado de capacidad funcional de cada uno de los ellos, teniendo en cuenta, que en su gran mayoría viven solos en sus hogares, y que cada año, existe un porcentaje mayor de envejecimiento de la población.

El estudiar el grado de capacidad funcional nos permitirá conocer las necesidades de cada uno de los adultos mayores residentes de esta comuna, y dar a conocer esta problemática de salud, con la finalidad de dirigir o promover la realización de un protocolo de participación del personal de enfermería en promover un envejecimiento saludable, y mejorar el estado funcional del adulto. Debido a que según Quito (2018) “El objetivo de la asistencia al adulto mayor está centrado en una atención integral y continua de su salud que va desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida, término que está íntimamente relacionado con su capacidad funcional” (pág. 8) Además, establecer en

nuestro país un índice que indique estado funcional de los adultos mayores y que sea de referencia tanto para futuras investigaciones como para decisiones que pueden afectar la salud de este grupo etario, mediante las escalas de evaluación de la capacidad funcional.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional y la dependencia de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto, 2021?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto, 2021.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- Evaluar la capacidad funcional mediante las actividades básicas de la vida diaria.
- Establecer la relación entre el nivel de capacidad funcional y las comorbilidades asociadas en los adultos mayores.

3. Justificación

El mundo se está enfrentando al envejecimiento de la población, las organizaciones internacionales preocupadas ante este hecho han implementado programas de envejecimiento activo, pero eso será para las próximas generaciones que envejecerán en el futuro, ahora en su mayoría se encuentra el fenómeno de ancianos enfermos, con funcionalidad disminuida y con calidad de vida mermada por estos motivos. La OMS sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad (Díaz, Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio, 2011).

Con base a lo anterior, es evidente que la calidad de vida de las personas tiende a ser menor conforme envejecen. Este aspecto tan importante en la vida de las personas de la llamada “tercera edad”, depende en gran medida de la capacidad que tengan para llevar a cabo sus actividades básicas y cotidianas (Velasco, Bejines, & Sánchez, 2015).

Debido a la existencia de factores en los cuales se puede intervenir para la prevención del deterioro funcional de las personas adultos mayores, es indispensable establecer un diagnóstico oportuno su nivel de dependencia y su estado de independencia funcional (Salcedo & Zarza, 2010).

Los datos anteriores fundamentan la importancia de intervenir en la población de adultos mayores, puesto que los factores de riesgo no controlados en la etapa adulta incrementan alteraciones que contribuyen a un mayor deterioro del adulto mayor afectando a la funcionalidad y calidad de vida, con las consecuencias de mayor dependencia. Después del diagnóstico el personal de enfermería es el encargado de proporcionar acciones orientadas a mantener o mejorar el estado de dependencia de los adultos, sin alterar o descuidar la salud de los mismos.

Esta investigación está enfocada en dar a conocer la capacidad funcional del adulto mayor, debido a que, con el fin de establecer o diseñar protocolos de cuidados individualizados.

El impacto social del tema es de vital importancia puesto que en la constitución ecuatoriana establece que el Estado garantizará la salud a los grupos vulnerables de la sociedad entre ellos a los adultos mayores y tomándose en cuenta que la población de adultos mayores ha ido en incremento, por lo cual se vuelve indispensable buscar métodos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

El estudio será de gran beneficio para la población adulta mayor de la comuna Barcelona de Manglaralto, debido a que servirá como guía de orientación para el personal de salud en general y de las personas encargadas de los adultos mayores, de conocer el estado de salud de su población y para que sean ellos capaces de implementar acciones que mejoren la salud de los mismos.

CAPÍTULO II

4. Marco teórico

4.1 Marco referencial

Según el estudio realizado por Velasco, Bejines & Sánchez (2015), en 3 Estados del Occidente de México, con una muestra de 373 adultos mayores, se aplicó la escala de Barthel, cuyo objetivo fue identificar la capacidad funcional para realizar 10 actividades de la vida diaria en los adultos mayores. Obtienen como resultados que, la capacidad funcional para las categorías: independencia total, dependencia leve, moderada, severa y total, fueron para Colima (%): 10.6, 52.3, 15.9, 7.3 y 13.9 respectivamente. Para Nayarit (%): 13.5, 41.4, 19.8, 9.90 y 15.3. Para Jalisco (%): 27.9, 28.8, 14.4, 18.0 y 10.8 respectivamente. La actividad de la vida diaria que presentó mayor proporción de sujetos independientes totales fue “comer”, en tanto que “subir-bajar escaleras y lavarse” fueron las que registraron más sujetos dependientes totales. Concluyendo que, 89,4% de los adultos mayores, de Colima, presentó algún grado de dependencia funcional.

Según el estudio publicado por Díaz (2020), en Santa Elena, Ecuador, realizado en la Fundación para la Inclusión Social Melvin Jones con una muestra de 126 adultos mayores, en la cual, se evaluaron las características sociodemográficas y de salud, donde se utilizó el índice de Barthel. Se dan como resultados, que, el promedio de edad fue de 65 años. En relación a sus actividades básicas, 56 % mostró total dependencia, 91,04 % dependencia leve, con mayor frecuencia en las mujeres, situación agravante entre las personas adultas mayores. Las actividades básicas con mayor dependencia total fueron: bañarse, vestirse, trasladarse y deambulación, subir, bajar escaleras y hacer deposiciones; además, se constató que 32,83 % tenía sobrepeso.

En el estudio publicado por la revista Ciencia y Salud, de Bogotá, Colombia, por Paredes, Pinzón & Aguirre (2018), cuyo objetivo fue, “Analizar la relación de factores sociodemográficos y condiciones de salud con el estado funcional en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Pasto”. Teniendo como resultados, en un 26,3% se encontró en un nivel de dependencia funcional. Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos con el estado de dependencia funcional, se determinó que variables como el género masculino y dependencia económica estuvieron asociadas con un nivel dependiente. A pesar de no encontrarse una relación estadísticamente significativa, la edad parece tener una asociación “dosis-respuesta” en la que a mayor edad mayor riesgo

de dependencia funcional. Finalmente, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, artritis, síntomas depresivos se encontraron asociados con un mayor riesgo de dependencia.

Según el estudio publicado por Lozada (2017), en Lima, Perú, en el centro Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro, mediante el de índice de Barthel, y escala de Lawton y Brody, con una muestra de 169 adultos mayores, el cual tuvo como objetivo general determinar la capacidad funcional. Se obtuvo como resultados que, el 27,2% de los adultos mayores son independientes, el 42,6% presenta dependencia moderada, el 19,5% dependencia leve, el 8,8% dependencia severa y el 1,7% dependencia total, en relación a su capacidad funcional. En conclusión, casi la mitad de los adultos de Centro de Atención Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro presentan un grado de dependencia modera para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Según el estudio publicado por Quito (2018), en Loja, Ecuador, con una muestra de 184 adultos mayores, a quienes se les aplicó el índice de Katz y Lawton y Brody, cuyo con el objetivo de determinar la capacidad funcional y dependencia dichos adultos mayores. Se obtiene que, el 1,6% son dependientes de terceros, el 84,8% no requieren ningún tipo de asistencia y el 13,6% necesitan asistencia para las actividades básicas de la vida diaria, siendo la de mayor prevalencia el usar el inodoro. Con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, el 60.9 % son independientes; el 34.2% requieren asistencia y el 4.9 % dependen de sus familiares, siendo la de mayor prevalencia realizar compras y utilizar el teléfono.

4.2 Fundamentación teórico

4.2.1 Adulto mayor

Debido a que se establece varios rangos de edad para considerar a un individuo como adulto mayor, su definición se basa en que, es una fase de deterioro del organismo y de las facultades cognitivas y psicológicas de la persona. Por tanto, según Lozada (2017) “un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última fase de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona”. (pág. 19)

Cronológicamente la OMS (2018), estipula 3 rangos de edad para clasificar a los adultos mayores, aquel entre 60 y 74 años, como persona de edad avanzada, aquel con 75 a 90 años considerada anciana, y aquel mayor de 90 años de edad, llamada longeva. En conclusión, se considera de forma general un individuo de la tercera edad, a aquel que tenga más de 60 años.

Solo en Ecuador hay 1,8 millones de personas mayores de 60 años, según datos proyectados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores se considera a una persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad (Rosero, 2020).

En nuestro país existen registrados hasta el 2017, un total de 16'325.000 habitantes de los cuales el 10% corresponde a personas mayores a 60 años, esto quiere decir que tenemos una población de 1'662.500 personas adultas mayores. Que según estudios del INEC entre en el año de 2018 y 2030, se prevé que exista un veloz incremento en la población adulta mayor (Briones, 2018).

La edad para ser considerados adultos mayores no ha tenido un consenso entre los países, sin embargo, la legislación nacional considera que es a los 60 años de edad, periodo de la vida en la cual los individuos adquieren otros derechos y beneficios que no los tenían en la adultez, como por ejemplo la rebaja de servicios, exoneraciones de impuestos, jubilación y la inclusión en programas del Adulto Mayor.

El adulto mayor se diferencia de las personas de edad media por su estado de salud, capacidad de comprensión, además dificulta el proceso fisiológico y progresivo que convierte al organismo en uno frágil haciéndolo vulnerable a la enfermedad y la muerte.

Las principales características de los adultos mayores son las siguientes (Lolas, 2008):

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- Mantener la identidad y el estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Establecer nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

El adulto mayor y la vejez tienen una doble definición, es la última etapa en los procesos de vida de un ser humano, y es un grupo de personas que comprenden un segmento de la población más antigua, siendo los aspectos sociales de la vejez la relación de los efectos fisiológicos del envejecimiento, los valores compartidos y las experiencias colectivas (Alanya, 2019).

4.2.2 El envejecimiento

Uno de los resultados del cambio demográfico de una población específica es el envejecimiento de los mismos, basados estos en las tasas de mortalidad y fecundidad. Esto resulta debido a un descenso significativo de la mortalidad, que conlleva a un incremento paulatino de la población adulta y su envejecimiento (CEPAL, 2015).

Según García, Barajas & Aguilar (2015) se define como “un proceso progresivo intrínseco que forma parte del ciclo biológico natural que acontece en todo ser vivo con el paso de los años, por lo que el ser humano se encuentra inmerso en el mismo” (pág. 10) Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano (OMS, 2016).

La OPS (2002), determina el estado de capacidad funcional del adulto mayor como su principal indicador de salud, debido a que caracterizan al envejecimiento como un proceso de cambio permanente no solo de su dependencia sino de su salud integral.

Este proceso se desarrolla en tres grandes áreas de la vida del adulto mayor: el físico (biológico), el psicológico y el social. Los tres ámbitos se encuentran interrelacionados entre sí, de tal forma que la afectación de uno implica el desequilibrio de los otros dos (Fernandez & Angeles , 2018).

Es aquel conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que el tiempo produce de forma irreversible en las personas. Sin embargo, a pesar de ser un proceso universal, el envejecimiento se caracteriza por tener una variabilidad individual, aunque asociada a factores externos como el estilo de vida o la presencia de patologías. Además, existe una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a situaciones nuevas debido a la disminución de las reservas fisiológicas (Fernandez & Angeles , 2018).

Es, por lo tanto, según Quito (2018) “un proceso irreversible, natural y progresivo, que sucede en todos los seres vivos, sin excepciones, y que, además, trae consigo alteraciones que dificultan la interacción del individuo con su contexto y disminuye sus habilidades biopsicosociales propias del ser humano” (pág. 7). Dichas alteraciones y dificultades causan alteración en los sistemas cardiovascular y neuromuscular del individuo, lo que lo hace más proclive a limitaciones de las actividades básicas, terminando en un incumplimiento de las acciones normales de su edad o su trabajo, resultando en una persona de limitada funcionalidad.

Esto quiere decir que el envejecimiento no se limita al deterioro de las estructuras físicas y corporales de la persona, sino también se centra en un deterioro de las funciones vitales del organismo en general, que en conjunto conllevan a una limitación específica o grado de dependencia.

4.2.2.1 Cambios del envejecimiento que generan dependencia funcional

Los cambios que trae consigo el envejecimiento además de las limitaciones asociadas a la disminución de las capacidades físicas, corresponden a cambios morfológicos que afectan al adulto en gran escala. Según Millan (2011) “Dentro de los cambios más significativos a nivel sensorial en los adultos mayores son los derivados de la visión y de la audición, y el deterioro muscular; influyendo en su normal desenvolvimiento”.

Según Quito (2018) “Entre las modificaciones que debe enfrentar la población adulta mayor, resaltan las alteraciones de la condición muscular con la resultante pérdida

de fuerza, el aumento de deficiencias osteoarticulares que limitan la capacidad de movimiento y aumentan el riesgo de fracturas, la reducción de la capacidad pulmonar y cardiovascular que puede resultar en enfermedades de estos sistemas y limita la capacidad para hacer esfuerzos físicos, además de las alteraciones en el sistema nervioso central y las pérdidas sensoriales que reducen la calidad de vida, y son factores que determinan la capacidad funcional del anciano” (pág. 9).

Sistemas sensoriales: La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Las personas con déficit visual tienen dos veces más dificultades para realizar actividades cotidianas que las que tienen una adecuada agudeza visual. Producen problemas de comunicación de la persona con su entorno lo que lleva a una desconexión con el medio y poca participación en eventos sociales, como también la dificultad para poder movilizarse o trasladarse de un lugar a otro, lo que genera la pérdida de su autonomía (Alanya, 2019).

Sistema osteoarticular: a causa de la progresiva desmineralización de los huesos con el paso de los años, las fracturas son de alta prevalencia en los adultos mayores. Las enfermedades óseas, son muy predominantes en la población adulta mayor y muy cruel debido a su naturaleza degenerativa. La artritis reumatoide o artritis deformante, en la tercera edad donde se logra ver su potencial deformativo e incapacitante, por característica y por la pérdida de movimiento llega a provocar mucho dolor. Afecta principalmente a las mujeres en relación 2/1. Pérdida de la musculatura y deterioro de las fibras musculares, que provoca la pérdida del peso; por ello, estas variaciones traen consigo el descenso de la fuerza muscular. Las articulaciones pierden su eficiencia, al limitar la flexibilidad y elasticidad. Causa una mayor rigidez en las articulaciones, resultante al deterioro de los cartílagos, los ligamentos y los tendones (Meza, 2017).

Cambios fisiológicos: Los sujetos adultos mayores experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de los sujetos en edad media de la vida. Los vasos sanguíneos y el corazón se asocian a la pérdida de células musculares y menor distensibilidad. La fracción de eyección se mantiene constante. El riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular, menor capacidad de concentración/dilución y de hidroxilación de la vitamina D. El cerebro disminuye su volumen, pero no por una

pérdida generalizada de neuronas ni de arborización dendrítica. Hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, participaría en una mayor resistencia insulínica que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes (Salech, Jara, & Michea, 2012).

4.2.3 Capacidad funcional del adulto mayor

La vejez forma parte de un proceso biológico inherente a los seres humanos, que inicia desde el nacimiento y en donde cada persona debe atravesar por cambios progresivos que a lo largo de la vida puede influir sobre su funcionalidad física, descrita como la capacidad de cada individuo para realizar actividades sin ayuda de otros; esta afección, se representa como una disminución de la capacidad funcional en el adulto mayor que a su vez se manifiesta como una condición de susceptibilidad que da como resultado la discapacidad que también contribuye a afectar su calidad de vida ya que a mayor discapacidad, el adulto mayor tendrá una menor calidad de vida al sentir que no puede realizar sus actividades por sí mismos

Éstos cambios también se manifiestan en la disminución de la capacidad de rendimiento, aparecen también enfermedades degenerativas, el sistema musculoesquelético se atrofia, el sistema nervioso se perturba produciendo una disminución en la coordinación y concentración, el sistema cardiovascular se obstruye y la capacidad respiratoria se reduce y como si fuera muy poco, debido a una sociedad discriminatoria aparecen alteraciones de tipo psicológico, lo que conlleva a que la independencia y la autonomía se dificulten.

Según Díaz (2011) “La función es el resultado del ajuste entre los componentes físicos, psíquicos y sociales; es la capacidad de la persona para adaptarse al entorno que le rodea de forma satisfactoria y responder a las demandas; y dirigido al adulto mayor se puede afirmar que la capacidad funcional es el conjunto de actividades que este realiza para responder a las demandas del entorno en el que se desenvuelve” (pág. 9).

La capacidad funcional o funcionalidad en geriatría se considera como “la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad” (Gálvez, 2016, pág. 30).

Funcionalidad es la capacidad que tiene el sujeto para realizar actividades de la vida diaria tales como bañarse, comer, vestirse, entre otras, de forma autónoma; con la edad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El término más relacionados a la funcionalidad es la autonomía, considerada esta como la capacidad de tomar y ser responsable de sus decisiones, siempre y cuando se goce de una completa y óptima funcionalidad tanto física, psicológica y social (Meza, 2017).

El autocuidado es la capacidad que posee toda persona de asumir en forma voluntaria actividades con la finalidad conservar su propia higiene, alimentación, excreción, vestimenta; con la finalidad de cuidar su propia salud y satisfacer sus necesidades básicas. Según Dorothea Orem (2011) en su teoría del déficit de autocuidado, considera el “funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar”.

4.2.4 Dependencia y discapacidad

Se considera a la dependencia como la principal complicación de la funcionalidad o capacidad funcional. El estado de dependencia corresponde a la necesidad de ayuda de terceras personas para cumplir con una actividad específica de la vida diaria, como bañarse, alimentarse, trasladarse y en ciertas situaciones incluye la necesidad de objetos o dispositivos (Meza, 2017).

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. Es así como Barthel la describe como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”. Baltes y Wahl la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. Por su parte, Abanto, desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda: “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria” (Gonzalez, Massad, & Lavanderos, 2010).

La definición de dependencia propuesta por la OMS (2015) como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno.

Desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. De esta manera, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, aunque pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia (Querejeta, 2004).

Al analizar al ser humano desde el modelo biopsicosocial en función de la salud y el funcionamiento, es entendido como el resultante de fundamentos biológicos, motivaciones psicológico y condicionamientos sociales, permitiendo explicar los distintos niveles (biológico, personal y social) que engloba la discapacidad el cual ha generado la implementación de políticas dirigidas a incidir de alguna manera sobre cada uno de ellos (Gómez, 2015).

Se define a la discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud como el estado de las estructuras, órganos y funciones corporales, los cuales dependen de los factores ambientales, que están conformados por el ambiente físico, social y actitudinal, en el cual las personas viven y conducen sus vidas, en este sentido la discapacidad se entiende como un proceso continuo de ajustes en el cual hay una interacción entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos representando la forma de vivir de la persona, sus expectativas y finalmente exigencias de su entorno (Patiño & Suarez, 2012).

La discapacidad en la población adulta mayor es más alta en las mujeres que en los hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y la morbilidad son las dos principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor: aproximadamente ocho de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad (Velasco, Bejines, & Sánchez, 2015).

La prevalencia de discapacidad en esta población, representa una problemática social en la cual las pérdidas familiares, el abandono social, y déficit en el acceso laboral, comprometen negativamente el ambiente y la vida de las personas, reflejando así condiciones propicias para el desarrollo de estilos de vida poco saludables. Sin embargo, esta es la base para implementar estrategias dirigidas al mejoramiento en la calidad de vida de estas personas, con el fin de garantizar mejoras en la funcionalidad, y de esta manera abrir espacios para la participación de esta población de adultos mayores (Gómez, 2015).

4.2.5 Valoración de la capacidad funcional

La funcionalidad es entendida como la capacidad que tiene un individuo para realizar de forma independiente sus actividades de la vida diaria. En los sujetos jóvenes casi no existe compromiso funcional, sin embargo, en el adulto mayor la afectación funcional puede encontrarse en un 5% en personas mayores de 65 años y en un 50% a más en personas mayores a 80 años (Fernandez & Angeles , 2018).

La capacidad funcional del adulto mayor debe representar un ejercicio de práctica profesional del personal de enfermería, visto como un programa de atención a las condiciones demográficas globales a las que se someten los individuos al llegar a su adultez y las consecuencias que trae en su entorno social y de salud.

Por lo tanto, va más allá del examen médico de rutina en su énfasis en los aspectos funcionales y en la calidad de vida, en su exhaustividad, en la utilización de instrumentos de medida y en la utilización de equipos multidisciplinares (Alanya, 2019).

Asimismo, debido a que la independencia disminuye una vez establecida una condición de enfermedad, la valoración funcional es útil como indicador de severidad patológica. Con la finalidad de disminuir los costos de cuidado y atención, y mejorar la calidad de vida, es de importancia tomar decisiones en razón de protocolizar los cuidados y establecer su reconocimiento.

La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es impráctico ya que se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador. Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en todos sus aspectos, incluyendo su función social, porque puede llegar a omitir su verdadero origen. Todos los cambios en el estado funcional deben conducir a una nueva evaluación diagnóstica (Segovia, 2011).

El estado funcional del adulto mayor se mide en razón a 3 principales parámetros de evaluación:

- Actividades básicas
- Actividades instrumentales, y
- Marcha

Hay muchas áreas diferentes del estado funcional, como la función social, la función cognitiva y la función ocupacional, sin embargo, para esta revisión, se analizó

dos escalas diferentes que evalúan la función como una discapacidad física. La función generalmente se clasifica en dos tipos: actividades básicas e instrumentales del diario vivir. Las actividades básicas se basan en actividades del cuidado personal y las actividades instrumentales incluyen las que se desarrollan en el entorno social y en comunicación directa con la comunidad (Alanya, 2019).

Según Stockert, & Hall (2015) enuncian que “Estas actividades son esenciales para la vida independiente del adulto mayor; por consiguiente, la enfermera tiene la obligación de valorar cuidadosamente si el adulto mayor ha cambiado la manera en que realiza estas tareas o no”

Esto concluye en que a causa de una enfermedad aguda o crónica que padezca el adulto mayor, existe un cambio en la funcionalidad o capacidad del individuo para realizar cualquiera de las actividades del diario vivir, por lo que ambos tipos de actividades sirven de medición como indicadores de salud en los adultos mayores.

Son objetivos de la valoración funcional (Salgado, 2009):

- Identificar adultos mayores frágiles.
- El estudio de su situación basal.
- Diagnosticar el estado funcional.
- Identificar problemas y/o discapacidades.
- Planificar el tratamiento en forma individualizada.
- Documentar la evolución de los problemas con el paso del tiempo.
- Ubicar al paciente en el nivel adecuado.
- Favorecer en la transmisión de información entre los profesionales.

La finalidad de estos objetivos es mejorar o recuperar la funcionalidad de los pacientes cuando esta condición ya se ha establecido en el adulto. Según Lazcano (2007) la clasificación habitual para la función es:

- Funcional o independiente: aquel que se cuida por sí mismo.
- Inicialmente dependiente: aquel que necesita de cierta asistencia.
- Parcialmente dependiente: aquel que necesita de asistencia continua en varias actividades.
- Dependiente funcional: aquel que necesita de asistencia en todas las actividades y cuidado permanente.

4.2.5.1 Instrumentos para la valoración funcional del adulto mayor

La valoración funcional en el aspecto físico, psíquico y social constituye la valoración geriátrica integral; su importancia radica a nivel individual en que permite identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados, mejorar la toma de decisiones, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención, y a nivel general, en su utilidad para planificar políticas de salud pública, asignar recursos equitativamente y determinar la población que se puede beneficiar de la atención geriátrica (Laguado & Camarco, 2017).

A nivel mundial se utilizan varios formatos de escalas para la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor, entre ellas las propuestas por Barthel en 1950, Katz en 1963 y Lawton y Brody en 1963, según su aparición. La escala de Barthel siendo la pionera y la más utilizada a nivel internacional y la que se recomienda por parte de la Sociedad Británica de Gerontología (Segovia, 2011).

Entre los instrumentos que permiten cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores está la escala de Barthel la cual, fue diseñada inicialmente para registrar en pacientes hospitalizados que cursaban con desorden muscular esquelético secundario a enfermedad vascular cerebral, la capacidad para cuidarse a sí mismos. Posteriormente, su utilización fue recomendada para todo paciente hospitalizado que tuviese compromiso en su autonomía funcional independientemente de su patología (Velasco, Bejines, & Sánchez, 2015).

Tabla 1: *Índice de Barthel*

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

Arreglarse	Independiente para lavarse la cara las manos, peinarse, afeitarse	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continencia normal	10
	Ocasionalmente un episodio de incontinencia	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia	5
	Incontinencia	0
Usar el inodoro	Independiente para ir al cuarto de aseo	10
	Necesita de ayuda para ir al inodoro	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física	10
	Necesita de gran ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir	10
	Necesita ayuda física	5
	Dependiente	0

Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

Según Barrero & García (2005), El índice de Barthel, también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland” está definido como: “medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades” (pág. 81). Esta escala consta de 10 preguntas en las que se incluye la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, identificando la independencia o dependencia del sujeto. La

puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0, con intervalos de 5 puntos (Segovia, 2011, pág. 166).

La interpretación de la escala de Barthel, esta agrupada en varias categorías según el puntaje obtenido, siendo así:

Tabla 2: *Tabla de Puntuación del Índice de Barthel*

Nivel de capacidad funcional	Puntuación:
Total dependencia	\leq Menor a 20
Grave dependencia	20-35
Moderada dependencia	40-55
Leve	\geq 60
Independiente	100

Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

La obtención de la información puede ser por observación, entrevista al paciente o cuidador principal, con duración de dos y cinco minutos y máximo 10. Para poder aplicarla consecutivamente, el intervalo mínimo de tiempo es de dos semanas (Barrero & Garcia, 2005).

Actividades básicas de la vida diaria

Se considera actividades básicas aquellas que representan o son indispensables para la supervivencia y el autocuidado, abarcando tanto actividades motoras y sensoriales. Son todas las actividades que le permiten al individuo desarrollarse a plenitud en cualquier circunstancia de la vida y que son imprescindibles para obtener autonomía (Abizanda & Rodriguez, 2015).

Estas actividades por lo general son tareas propias de autocuidado como: comer, vestirse, asearse, trasladarse o mantener el control de esfínteres. Estas actividades permiten que el individuo sea independiente en su domicilio; así mismo, son útiles para valorar a pacientes que se encuentran institucionalizados en casas de reposo (Calenti, 2010).

Tabla 3: *Actividades básicas de la vida diaria*

Bañarse	Comprende enjabonarse el cuerpo, enjuagarse el cuerpo y secarse las diferentes partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera.
Vestirse	Consiste en seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos.
Apariencia Personal	Obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal; aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar y cepillar el pelo; cuidar las uñas de las manos y los pies; cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales.
Uso Del Inodoro	Manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso del inodoro, tomar y usar elementos como el agua del bidet y el papel higiénico o toalla para secarse.
Continencia	Incluye el completo control voluntario de los movimientos intestinales y de la vejiga urinaria y de ser necesario utilizar equipos o agentes de control de la vejiga.
Movilidad	Moverse de una posición o lugar a otro durante la ejecución de las actividades cotidianas, tales como moverse en la cama, moverse en la silla de ruedas, y las transferencias por ejemplo sillas de ruedas, silla. Incluye ambulación y transportar objetos. En este ítem, también se tendrán en cuenta el uso de bastones comunes, trípodes, bastones canadienses, andadores y sillas de ruedas.
Alimentación	Comer consiste en mantener alimentos sólidos y líquidos en la boca, para posteriormente tragarlos.

Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

Según lo establecido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, que la salud y el estado funcional de un individuo queda limitado por la falta de independencia a realizar actividades cotidianas a causa de problemas corporales, funciones orgánicas, asociadas además a barreras ambientales.

En base a esto, se determina que las actividades básicas que desempeñan los individuos en su diario vivir son la medida de mayor relevancia en cuanto a su desempeño en la comunidad y representa el ser independientes y autónomos (Rodríguez & Silva, 2014).

4.2.6 Fundamentación de enfermería

La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o

sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas. (De Arco & Suarez, 2018)

Modelo de Marjory Gordon - Patrones funcionales

Los patrones funcionales de la salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70 para enseñar a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston la valoración de los pacientes, contribuyen al diagnóstico para enfermería, actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y a la calidad de vida de las personas tales como: (Velasquez, 2019)

- Percepción de salud. Permite conocer el estado de salud del paciente y su estadía hospitalaria
- Nutrición y metabolismo. Importante conocer su peso, talla y tras ello su IMC, como también su ingesta diaria.
- Eliminación. Se obtiene información sobre el funcionamiento del aparato excretor.
- Actividad y ejercicio. Se interroga al paciente sobre su actividad física diaria
- Sueño y descanso. Capacidad de dormir, calidad del sueño, nivel de energía
- Cognición y percepción. Nivel de conciencia adecuada para los sentidos.
- Autopercepción y auto concepto. Actitud cerca de uno mismo, saber su realidad.
- Roles y relaciones. Saber con quién vive conocer sobre su familia y entorno.
- Sexualidad y reproducción. Vida sexual de la persona.
- Tolerancia y estrés. Niveles de estrés de las personas.
- Valores y creencias. Forma de enfrentar la vida.

Este estudio se vincula con el modelo de Marjory Gordon porque se toma en cuenta los patrones funcionales de salud de los adultos mayores de la comuna Barcelona , que contribuyen a la salud y a la calidad de vida de las personas lo cual nos ayudara a nosotros los enfermeros como personal de salud a hacer un reconocimiento de los pacientes de forma más completa con esto podremos valorar actividades de la vida diaria

de nuestros pacientes con preguntas entendibles para ellos y que con sus respuestas poder llegar a una buena valoración sobre su capacidad funcional y cuáles son sus deficiencias en cada uno de los patrones funcionales que valora Marjory Gordon. Podremos examinar a nuestros pacientes de diferentes maneras ya sea con cuestionarios, preguntas o extraída de forma directa con la observación por parte del enfermero.

Modelo de Dorotea Orem – Déficit del Autocuidado

Dorothea E. Orem representa 3 teorías unificadas para representar el déficit de independencia y autocuidado, las cuales corresponden a la: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. (Naranjo, Concepcion, & Rodriguez, 2017)

Las personas que tiene a cargo a un adulto mayor también pueden brindarles cuidados, ya que ellos aprenden de este tema por la necesidad que se está desarrollando y que no solo se dependa del sistema de salud o de personal de salud profesional en cuidados como son los enfermeros. Muchos adultos mayores que no presenten enfermedades catastróficas también tienen un buen autocuidado la mayoría son independientes o semindependientes al realizar sus actividades de vida diaria, cuando un paciente no pueda desarrollar sus actividades de la vida diaria por si solo es decir es dependiente por alguna enfermedad que le esté afectando, nosotros cumplimos un rol muy importante ya que con nuestros conocimientos, valores éticos y humanísticos podemos brindar apoyo emocional, motivar al adulto mayor, con esto vamos a ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida recuperarse de alguna enfermedad existente y afrontar la consecuencias de dicha enfermedad.

4.3 Fundamentación legal

La presente investigación se ha fundamentado en la Constitución de la República del Ecuador, que en la normativa del Art. 37 numeral 1 señala que los adultos mayores

recibirán atención prioritaria y especializada en lo referente a los servicios de salud (Lexis Finder, 2008).

Al respecto también se hace hincapié en la atención de salud de los adultos mayores en el Art. 38 numeral 1 de la Carta Magna, en este caso para la asistencia geriátrica a las dolencias ocasionadas por causa de las fracturas en los miembros inferiores, a la altura la cabeza de fémur (Lexis Finder, 2008).

Además, la Constitución de la República señala que los adultos mayores pertenecen a los grupos prioritarios, aquellos que por su condición de vulnerabilidad requieren una atención oportuna, prioritaria y especializada en materia de salud pública (Lexis Finder, 2008).

Las normativas de los artículos 37 numeral 1 y 38 numeral 1 de la Constitución de la República, guardan concordancia con el Art. 7 literal b de la Ley Orgánica de Salud Pública, que también establece la atención gratuita y esmerada para los grupos vulnerables, entre los cuales se citan a los adultos mayores (Lexis Finder, 2006).

Constitución de la república, 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; así mismo fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (Lexis Finder, 2008).

En el Art. 2 de la “Ley del Anciano” en concordancia con el artículo 9 de la Constitución de la república del Ecuador dispone: “El objetivo fundamental de esta Ley garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, alimentación, el vestido, vivienda, asistencia médica la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa” (Lexis Finder, 2008).

En la Reforma constitucional a la Ley del Adulto Mayor, se emiten los siguientes derechos de los adultos mayores: Publicada en el Registro Oficial N° 806 del 6 de nov. De 1991 y su Reglamento General emitido mediante Decreto Ejecutivo N° 3437 del 17 de jun. De 1992, publicado en el Registro Oficial N° 961 del 19 de jun. De 1992. Entre otra estipula (Congreso nacional de la comision de Codificacion y Legislacion, 2006):

Art. 2.- Garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación el vestido, la vivienda las asistencias médicas, la atención geriátrica gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial a los adultos mayores abandonados o desprotegidos, así como fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumpla actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente ley, en especial aquellas entidades que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de medicina de las universidades incluidas en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales geriátricos – gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que depende de los Ministros de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el ministerio de bienestar social.

Los derechos humanos son universales, y además civiles, políticos, económicos, y culturales, pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo los adultos mayores; y están incluidos en nuestra Constitución de la República vigente y además de los tratados internacionales antes mencionados, e incluyen los siguientes derechos humanos de los adultos mayores, que son indivisibles, interdependientes e interrelacionados (Batioja & Simisterra, 2015):

- a) El derecho a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vivienda y vestimenta;
- b) El derecho a un seguro social, asistencia y protección;
- c) El derecho a la no discriminación por cuestiones de edad y otro estatus en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales;
- d) El derecho a los más altos estándares de salud;
- e) El derecho a ser tratado con dignidad;
- f) El derecho a la protección ante cualquier rechazo o cualquier tipo de abuso mental;
- g) El derecho a una amplia y activa participación en todos los aspectos: sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad; y,

- h) El derecho a participar enteramente en la toma de decisiones concernientes a su bienestar.

5. Formulación de la hipótesis

Los adultos mayores presentan un grado elevado de dependencia para realizar sus actividades diarias, lo que representa un nivel deficiente de capacidad funcional por no contar con personal de apoyo que mejore sus condiciones y calidad de vida, a medida que envejecen, relacionado, además, con las enfermedades prevalentes en ellos, y el estado económico y social al que se enfrentan.

5.1 Identificación y clasificación de variables

5.1.1 Variable independiente

- Capacidad funcional

5.1.1 Unidad de análisis

- Adulto mayor

5.2 Operacionalización de variables

Tabla 4: Operacionalización de las variables

	Definición	Dimensión	Indicadores	Técnica
Capacidad funcional del adulto mayor	Se define como la facultad de una persona para realizar las actividades sin necesidad de asistencia, es decir, la capacidad de desarrollar y desenvolverse en los distintos roles de la comunicad sin presentar algún grado de dependencia.	Actividades básicas de la vida diaria	Alimentación Baño Vestimenta Apariencia personal Continencia (micción y defecación) Usar el inodoro Movilización	Encuesta de valoración mediante el índice de Barthel

Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

6.1 Tipo de la investigación

El proyecto de investigación es de enfoque cuantitativo, no experimental y corte transversal, permitiendo la medición de las variables y determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de dichas variables en la población de estudio.

Es de nivel aplicativo considerando que permitirá resolver problemas y controlar situaciones que aquejan en la población.

6.2 Métodos de la investigación

La presente investigación está basada en el método empírico: descriptivo y observacional, debido a que busca detallar situaciones de un fenómeno, y permite que este sea sometido a análisis.

6.3 Población y muestra

6.3.1 Población

Para la presente investigación se presenta una población finita ya que se conoce la población de estudio, a todos los adultos mayores residentes de la comuna Barcelona, Manglaralto.

6.3.2 Muestra

La muestra está constituida por 62 adultos mayores de la comuna Barcelona. Manglaralto entre hombres y mujeres independientemente de su condición social, antecedentes patológicos personales y edad.

6.3.2.1 Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 65 años, de ambos géneros
- Adulto mayor menor de 85 años de cualquier género
- Adultos mayores no institucionalizados
- Adultos mayores que gocen de todas sus capacidades intelectuales.

6.3.2.2 Criterios de exclusión

- Adulto menor de 65 años de ambos géneros
- Adulto de más de 85 años de cualquier género

- Adulto mayor de 65 años institucionalizados
- Adulto mayor que padezca de alguna enfermedad mental y/o deterioro cognitivo
- Adulto mayor con alguna enfermedad crónica terminal

6.4 Tipo de muestreo

Se obtiene la muestra de estudio para esta investigación mediante la técnica de muestreo, no probabilística, debido a que se determinan criterios de inclusión y exclusión, para seleccionar casos característicos de nuestra población, debido a que es una técnica de muestreo donde los sujetos son seleccionados dados la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

Se aplicó la fórmula del tamaño de la muestra conociendo el número de la población.

Formula:

$$n_{opt} = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Tamaño de la población = 92
- p = Probabilidad de éxito = 0.50
- q = Probabilidad de fracaso = 0.50
- Z = Corresponde al 95% del nivel de confianza = 1.96
- e = Margen de error permitido del 5% = 0.05

6.5 Técnica de recolección de datos

Para la obtención de los resultados, se realiza una entrevista personal domiciliaria. Los datos que se exponen en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución del Índice de Barthel agrupado en base a las variables y plasmados a través de la ejecución de Microsoft Excel.

6.6 Instrumentos de recolección de datos

Se realiza la recolección de información mediante una encuesta realizada por el autor de la investigación, utilizando el índice de Barthel, de validación y utilización

internacional, para estudiar a la población, permitiendo determinar la capacidad funcional según las actividades básicas e instrumentales que realizan los adultos mayores en su diario vivir.

6.7 Aspectos éticos

Los aspectos éticos considerados en este estudio se basan en solicitar a los adultos de forma verbal su aceptación para participar, y se informó a cada adulto mayor que los datos recolectados serán utilizados con fines investigativos, en pro de la población.

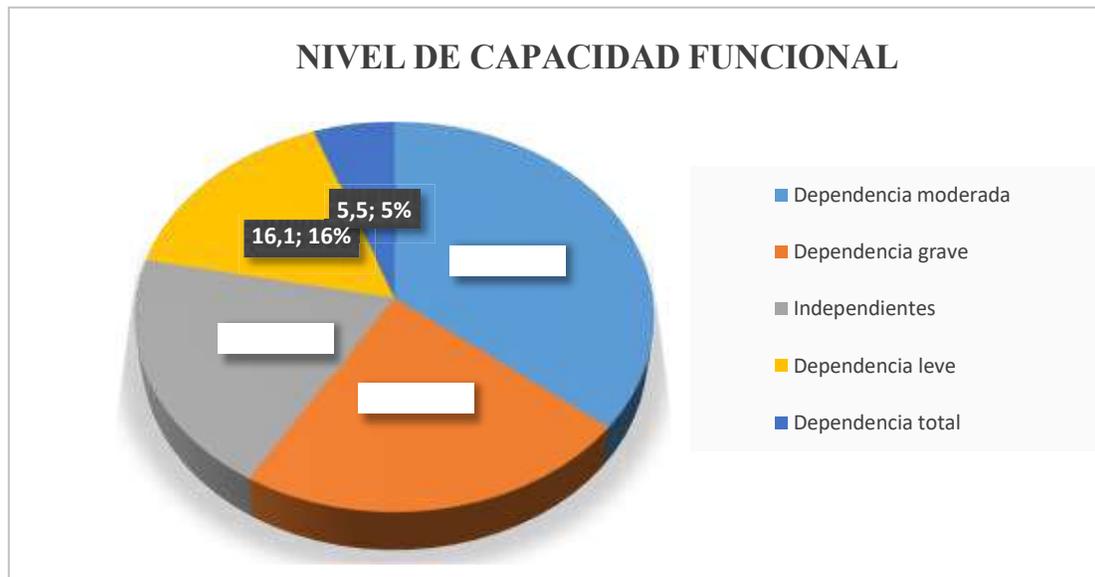
En la investigación se respetaron los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia de los adultos mayores. Todos los datos registrados en las fichas de evaluación fueron confidenciales, veraces y se aplicó un consentimiento informado a todos los adultos mayores que desearon participar en el estudio. Dicha aceptación del consentimiento se obtuvo de forma verbal.

CAPÍTULO IV

7. Presentación de resultados

7.1 Análisis e interpretación de resultados

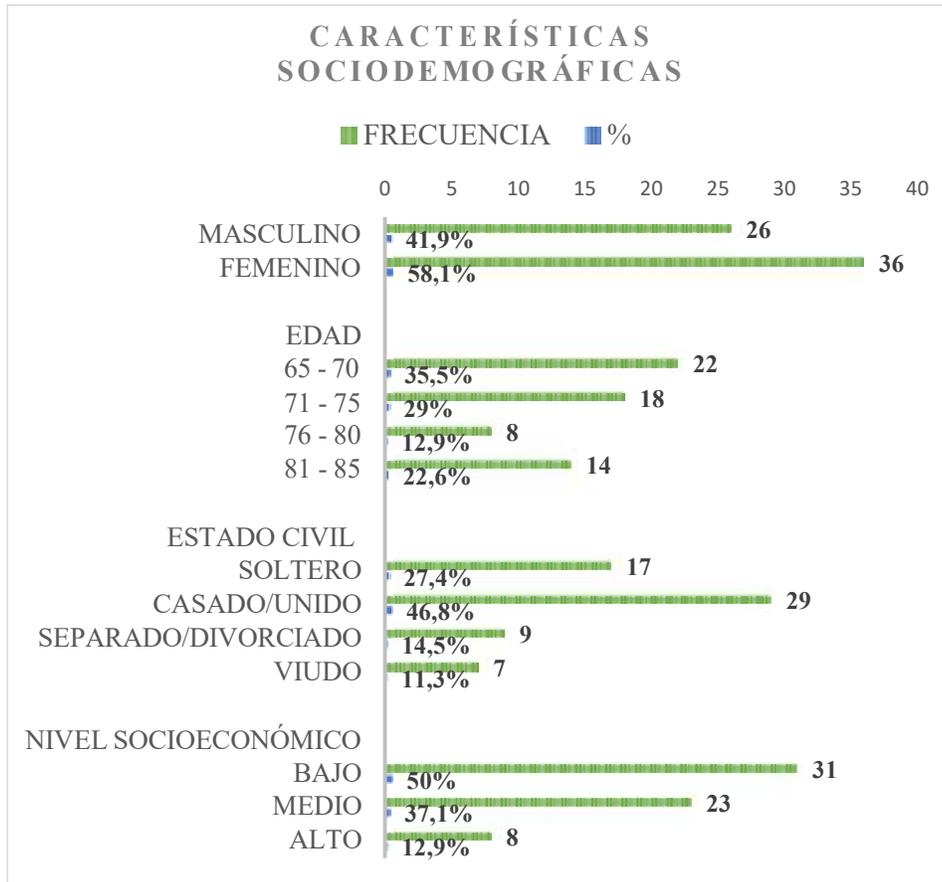
GRÁFICO 1: NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA, MANGLARALTO



Fuente: Base de datos de la Comuna Barcelona, Manglaralto.
Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

Con relación al objetivo general planteado en la investigación, en el gráfico 1, el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores medido mediante el índice de Barthel, se determina que el 35,5% presentan un grado moderado de dependencia, aquí tenemos población que va de los 75 a 80 años la mayoría hombres los cuales tienen enfermedades de origen cardiovascular, el 22,6% grave dependencia, el 19,4% son independientes encontramos que la población va de los 65 a 75 años, la mayoría mujeres que son más independientes al realizar actividades, el 16,1% leve dependencia aquí tenemos en su mayoría hombres de 65 a 70 años los cuales refirieron que ellos no realizan algunas actividades ya que cuentan con algún familiar que puede ayudarlos y el 6,5% tiene total dependencia podemos encontrar en su mayoría adultos de 81 a 85 años que tienen como base una enfermedad neurológica. Podemos evidenciar que la edad va de la mano con el grado de dependencia es decir a mayor edad el adulto es más dependiente.

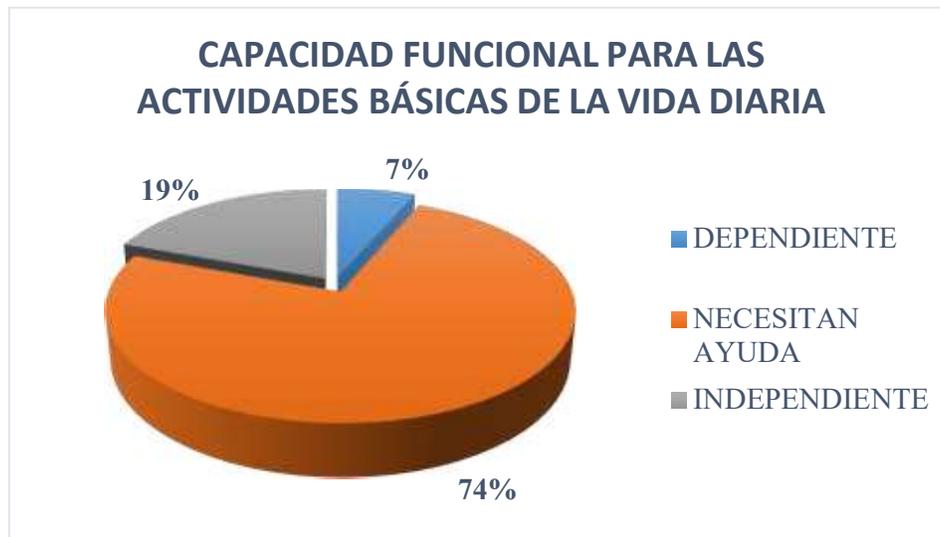
GRÁFICO 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA, MANGLARALTO



Fuente: Base de datos de la Comuna Barcelona, Manglaralto.
Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

En relación al primer objetivo específico planteado, en el gráfico 2, estos resultados hacen referencia a las diferentes características sociodemográficas se evidencia que: el 58,1% de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto son de género femenino, y el 41,9% son de género masculino. El 35,5% tienen un rango de edad de 65 a 70 años, el 29% de 71 a 75 años, el 12,9% de 76 a 80 años, y el 22,6% de 81 a 85 años. El 27,4% son solteros, el 46,8% casados o unidos, el 14,5% separados o divorciados, y el 11,3% viudos. Finalmente se establece que el 50% de los adultos mayores en su mayoría mujeres son de estado económico de nivel bajo, 37,1% de nivel medio, adultos que en su juventud han trabajado y ahora gozan una jubilación la cual les ayuda a mantenerse bien económicamente y el 12,9% de nivel alto haciendo referencia a que son sus cuidadores son quienes aportan dinero suficiente para cubrir sus necesidades.

GRÁFICO 3: NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA, MANGLARALTO



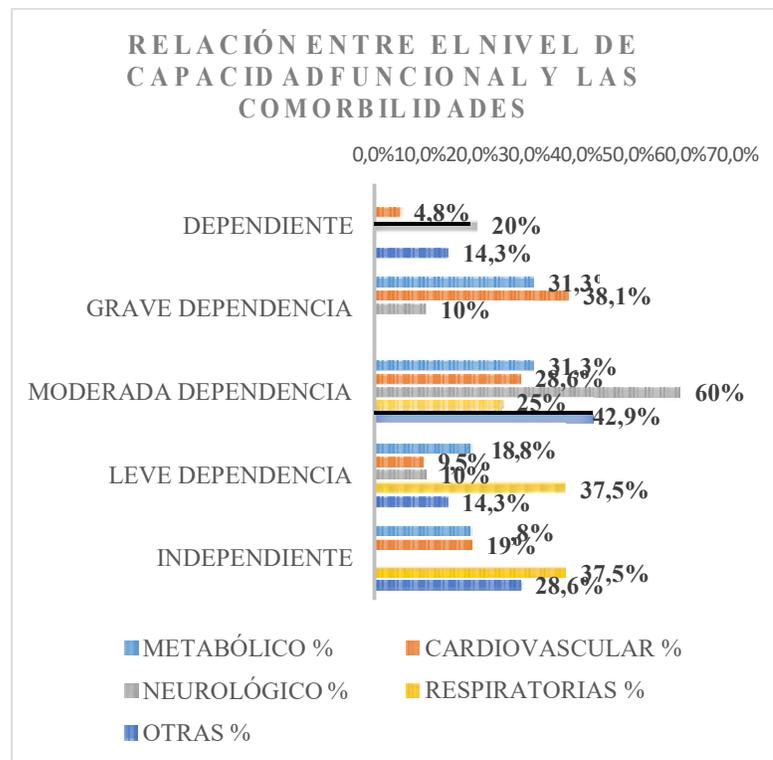
Fuente: Base de datos de la Comuna Barcelona, Manglaralto.

Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

En base al segundo objetivo planteado, en el gráfico 3, con relación al nivel de capacidad funcional de los adultos mayores en esta valoramos si los pueden realizar por si mismos actividades básicas de la vida diaria como usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, responsabilidad al medicarse y en el uso del dinero, se determina que el 74,2% necesitan ayuda para realizar dichas actividades, el 19,4% son independientes, mientras que tan solo, el 7% son totalmente dependientes para realizar todas las actividades en su diario vivir.

Tenemos un alto porcentaje de adultos que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria entre ellos la mayoría hombres los cuales refieren que ellos debido a sus costumbres no lavan la ropa, no preparan la comida y no van de compras en este alto porcentaje también tenemos a hombres y mujeres que tiene a un familiar cerca que les pueden ayudar con estas diferentes actividades de la vida diaria y por último la mayoría de las personas encuestadas no sabe usar el teléfono refiriendo que en sus épocas no existían, que se les hace complicado aprender a manejarlos y en otros casos no pueden acceder a ellos debido a su nivel socioeconómico.

GRÁFICO 4: RELACIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES Y EL NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA, MANGLARALTO



Fuente: Base de datos de la Comuna Barcelona, Manglaralto.
Elaborado por: Jaime Moreno Prudente

Con relación al tercer objetivo planteado, en el gráfico 4, se obtiene como resultados que: el 38,1% con nivel de dependencia grave presentan enfermedades cardiovasculares, el 60% con nivel dependencia moderada presentan enfermedades neurológicas, y el 37,5% con un grado leve de dependencia predominaron enfermedades respiratorias. Las enfermedades cardiovasculares prevalecen en los adultos con dependencia grave ya que todos eran hipertensos y en algunos de los casos alguno de ellos ha tenido un ACV por lo tanto no tiene el control total de su cuerpo y son totalmente dependientes.

Como podemos observar en 3 de los grados de dependencia prevalecen las enfermedades respiratorias como el EPOC en el cual no supieron manifestar él porque, refiriendo a que ellos si se cuidaban en lo cual se les pregunto qué métodos tenían para cocinar antes en los cuales responden que a leña, donde estaban expuestos a una gran cantidad de humo y no utilizaban ningún tipo de protección y en ese tiempo no hubo quien les educara sobre el tema.

7.2 Comprobación de la hipótesis

En la presente investigación cuyo objetivo fue, valorar la capacidad funcional de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto, en la cual se considera como hipótesis: “Los adultos mayores presentan un grado elevado de dependencia para realizar sus actividades diarias, lo que representa un nivel deficiente de capacidad funcional por no contar con personal de apoyo que mejore sus condiciones y calidad de vida, a medida que envejecen, relacionado, además, con las enfermedades prevalentes en ellos, y el estado económico y social al que se enfrentan”, luego de los resultados obtenidos, de acuerdo a los objetivos planteados, se procede a comprobarla.

Se demuestra que, el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores medido mediante la escala de Barthel, el 35,5% presentan un grado moderado de dependencia, el 22,6% grave dependencia, el 19,4% son independientes, el 16,1% leve dependencia y el 6,5% tiene total dependencia. Siendo de prevalencia el grado moderado y grave de dependencia en dicha población adulto mayor. Así mismo, en un estudio realizado por, en (Fernandez & Angeles , 2018), en Lima Perú, en la cual se evidencia que los adultos mayores presentan la siguiente distribución de capacidad funcional: mayor cantidad de dependencia moderada: 45,7% (n=43), y dependencia grave: 21,3% (n=20) de su población estudiada.

En cuanto a las características demográficas estudiadas en esta investigación, en la cual se obtiene como conclusión que, el 58,1% de la población adulto mayor de la comuna Barcelona, Manglaralto es de género femenino, el 35,5% oscilan entre edades de 65 y 70 años, el 46,8% son casados o unidos y el 50% de ellos presenta un estado socioeconómico bajo. Resultados que tienen relación con el estudio realizado en Perú, por (Alanya, 2019), se evidencia las características sociodemográficas del adulto mayor que acude a Consultorios de medicina general del Hospital Huaycán; donde el 59% tienen edades comprendidas entre los 76 años a más, 63% son mujeres, 44% son casado(a), y 78% son dependientes. Como se aprecia la mayoría de los adultos mayores tienen más de 70 años, del sexo femenino, actualmente la población adulta mayor es casada y su condición económica es dependiente.

Con relación al nivel de dependencia de los adultos mayores a realizar actividades básicas de la vida diaria medidas por la escala de Barthel, se evidencia en el estudio realizado por (Quito, 2018), en Loja, Ecuador, la gran mayoría de los usuarios que acuden

al Centro de Atención del Adulto Mayor del IESS Loja, realizan las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente así: se bañan, se visten, cuidan su apariencia personal, usan el inodoro, se trasladan, caminan y se alimentan. Una parte minoritaria requiere asistencia, es decir necesitan ayuda de sus familiares para desarrollar algunas de las actividades básicas, entre ellas resalta el requerimiento en el indicador continencia. Así mismo un mínimo porcentaje de usuarios dependen totalmente de sus familiares en el mismo indicador. Estos resultados discrepan con los obtenidos en esta investigación debido a que se determina que el 74,2% necesitan ayuda para realizar dichas actividades, el 19,4% son independientes, mientras que tan solo, el 7% son totalmente dependientes para realizar todas las actividades en su diario vivir.

En relación a lo antes analizado, se puede afirmar que la población adulto mayor no institucionalizada y sin ningún tipo de cuidados, presenta un nivel grave de dependencia funcional, debido a que en su gran mayoría necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, siendo más prevalente el nivel moderado a grave de capacidad funcional en aquellos adultos mayores con enfermedades cardiovasculares y neurológicas y teniendo en cuenta que la mayoría de los adultos mayores viven solos y sin recibir ningún tipo de terapia física o emocional que influya en el deterioro de su capacidad funcional.

7.3 Conclusiones

1.- Se concluye que la población adulto mayor de la comuna Barcelona presenta un nivel de capacidad funcional que corresponde a dependencia grave, debido a que los niveles de capacidad funcional que más predominaron son el nivel de dependencia moderada con el 22,6% y dependencia grave con el 35,5% siendo el grado de capacidad más prevalente en la población.

2.- En cuanto a los datos sociodemográficos se concluyó que el 58,1% de la población adulto mayor de la comuna Barcelona, Manglaralto es de género femenino, el 35,5% oscilan entre edades de 65 y 70 años, el 46,8% son casados o unidos y el 50% de ellos presenta un estado socioeconómico bajo.

3.- El nivel de capacidad funcional de los adultos mayores, para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, medidas mediante la escala de Barthel, determina que la mayoría de ellos presenta algún grado de dependencia, debido a que el 74,2% necesita ayuda para realizar alguna de las actividades básicas.

4.- Se concluye que, en los adultos mayores con dependencia grave exclusivamente se predominaron enfermedades cardiovasculares principalmente hipertensión arterial, en aquellos con niveles de dependencia de moderada predominan enfermedades neurológicas y metabólicas como la diabetes mellitus, mientras que en los adultos mayores con dependencia leve o independientes se predominaron las enfermedades respiratorias, entre ellas asma, tuberculosis, o enfermedades obstructivas crónicas.

7.4 Recomendaciones

1.- Se sugiere implementar un protocolo de intervención de enfermería, que fomente la visita de estudiantes universitarios de la salud, hacia los adultos mayores con nivel grave de dependencia funcional, de terapia física y rehabilitación con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna.

2.- Fomentar en los centros de salud, de la comunidad, la utilización de escalas que midan la capacidad funcional del adulto mayor, donde participe el profesional de enfermería en evaluar el estado funcional a fin de conocer las actividades funcionales en donde se genera dependencia, para mejorar la autonomía a través de la concientización a los familiares o cuidadores por medio de las actividades promocionales permanentes,

mediante: práctica de actividad física, actividades recreativas, grupos de apoyo, consultas médicas periódicas, estrategias de afrontamiento y autocontrol emocional.

3.- Que la escuela de enfermería incentive trabajos de investigación cualitativa para conocer las vivencias y experiencias que tienen los adultos mayores, de las diferentes comunas de la Provincia de Santa Elena, a fin de brindar mejores cuidados a nuestra población adulta mayor, fomentando un envejecimiento más saludable y activo.

4.- Fortalecer en el personal de salud sus competencias que conlleven a intervenciones efectivas, personalizadas con el adulto mayor y su familia en beneficio de la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.

8. Referencias Bibliográficas

Informes:

- Abizanda , P., & Rodriguez, L. (2015). *Tratado de medicina geriátrica*. España: Elseiver.
- Alanya, J. (2019). *Capacidad funcional del adulto mayor que asiste a consultorios de medicina general*. Lima, Perú.
- Batioja, M. R., & Simisterra, D. E. (2015). *Cuidados de enfermería en la atención de adultos mayores*. Guayaquil, Ecuador.
- Calenti, J. (2010). *Gerontología y Geriatría: Valoraciones e Intervenciones*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- CEPAL . (2015). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile.
- Díaz, S. (2011). *Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio*. Potosí, México.
- Fernandez, C., & Angeles , J. (2018). *Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de Lima*. Lima, Perú.
- García, S. (2010). *Capacidad funcional*. México.
- Gomez, J. (2015). *Capacidad funcional del adulto mayor*. Bogotá.
- Gutierrez, L., García, M., & Jimenez, J. (2014). *Envejecimiento y dependencia*. México.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. DC México.
- Laguado, E., & Camarco, K. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores. *Gerokomos*.
- Lazcano, B. (2007). *Práctica de la Geriatría: Evaluación geriátrica multidimensional*. México: Mc-Graw-Hill.
- Lolas, F. (2008). *Vejez, envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Santiago.
- Lozada, V. (2017). *Capacidad funcional del adulto mayor en el centro de atención residencial Geronto Geriatrico Ignacia Rodulfo de Canevaro*. Lima, Perú.
- Marín, J. (2003). *Envejecimiento*. España: Sociedad Española de Geriatría.
- Meza, G. (2017). *Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores*. Lima, Perú.

- Millan , J. (2011). *Gerontología y Geriatria*. Madrid: Panamericana médica.
- Moreno, G., & Valdiviezo, J. (2013). *Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores* . Cuenca.
- Muñoz, L., & Vargas, M. (2019). *Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado*. Bucaramanga.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra.
- OMS. (2016). *Definición del término adulto mayor y de funcionalidad en este grupo etario*. Ginebra.
- OMS. (2017). *Reporte estadístico mundial de la población adulta mayor de 60 años de edad*. Ginebra.
- OPS. (2002). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Washington D. C.
- OPS. (2012). *Enseñanza de enfermería en la salud del adulto mayor*. Washington.
- OPS. (2017). *Morbilidad de las personas adultas mayores en América Latina*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* . Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Reporte estadístico mundial de la población adulta mayor de 60 años de edad* . Ginebra.
- Organización Panamericana de Salud. (2012). *Enseñanza de enfermería en la salud del adulto mayor*. Washington.
- Organización Panamericana de Salud. (2017). *Morbilidad de las personas adultas mayores en América Latina*. Washington.
- Penny, E., & Melgar, F. (2012). *Geriatria y Gerontología*. Bolivia.
- Potter, P., Perry, A., & Stockert, P. (2015). *Fundamentos de enfermería*. España: Elseiver.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia*. Madrid.
- Quito , M. (2018). *Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas e instrumentales del adulto mayor*. Loja.
- Salgado , A. (2009). *Valoración funcional*. España.
- Uribe , A., & Valderrama , L. (2017). *Actitud y miedo ante la muerte de adultos mayores*. Cali.

Revistas:

- Barrero, S., & Garcia, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*.
- De la Fuente. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria. *Medigraphic*.
- Díaz, Y. (2020). Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores. *Revista Cubana de enfermería*, 16.
- Dorothea, O. (2011). Teoría del autocuidado. *Medigraphic*.
- Espejo, J., Martínez, J., & Aranda. (2021). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados. *Elsevier*, 24.
- Gálvez. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Scielo*.
- García, L., Barajas, A., & Aguilar, L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 7.
- Loredo, M., Gallegos, R., & Xequé, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad del adulto mayor. *Scielo*.
- Paredes, Y., Pinzón, E., & Aguirre, D. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor. *Rev Cienc Salud*.
- Patiño, P., & Suarez, P. (2012). Funcionalidad física de personas institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla Colombia. *Rev Salud Pública*.
- Rodríguez, J., & Silva, E. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Medigraphic*.
- Salcedo, R., & Zarza, M. (2010). Calidad de vida y calidad de la atención en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*.
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Condes*.
- Segovia, M. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 5.
- Velasco, R., Bejines, M., & Sánchez, R. (2015). Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados. *Nure Inv*, 11.
- Zunzunegui, M. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Elsevier España*.

Informe de Gobierno:

Congreso nacional de la comision de Codificacion y Legislacion. (2006). *Ley del Anciano*. Quito, Ecuador.

Gonzalez, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Chile.

Lexis Finder. (2006). *Ley Organica de Salud*. Ecuador.

Lexis Finder. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Manual del Modelo de Atencion Integral de Salud*.

MSP. (2016). *Manual del Modelo de Atencion Integral de Salud*.

Sitios Web:

Briones, D. (31 de Julio de 2018). *Derechoecuador.com*. Obtenido de <https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2015). *Inclusión.gob*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

OMS. (Febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Rosero, M. (27 de Abril de 2020). *Actualidad, El comercio*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/adulto-mayor-riesgo-coronavirus-ecuador.html#:~:text=Solo%20en%20Ecuador%20hay%201,los%2065%20a%C3%B1os%20de%20edad>.

SENPLAES. (s.f.). *sni.gob.ec*. Obtenido de <https://pimampiro.sni.gob.ec/pimampiroe/images/documentos/06.pdf>

9. Anexos

Anexo: Aprobación del tema por parte de la Universidad.



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio N° 095 -CE-UPSE-2021

La Libertad, 1 de marzo de 2021

Señora Licenciada
Yanelis Suarez Angel, Mgt.
DOCENTE CARRERA DE ENFERMERIA UPSE
En su despacho, -

De mi consideración:

Tal como lo establece el Art. 9. SOLICITUD Y APROBACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADUACIÓN, Sección II, de la Reforma al Reglamento de Graduación y Titulación, el mismo que indica, **"De la designación del tutor del trabajo de graduación o titulación. La UPSE garantizará el nombramiento inmediato del director o tutor del trabajo de titulación, una vez que el estudiante lo solicite, siempre y cuando éste cumpla con los requisitos legales y académicos para su desarrollo..."**, y de acuerdo a Resolución del Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud **RCFO-002-SO-002-DCSS-2021**, del día 25 de febrero del presente, me permito comunicar a usted que ha sido designada como Docente Tutor de los siguientes trabajos de titulación:

N°	REQUISITO Y APLICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	TEMA TRABAJO DE TITULACIÓN
1	BOSJOR MUNOZ ANTHONY OMAR	SINDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL Y SU COMPORTAMIENTO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL MOUNI JONAS DEL CANTÓN LA LIBERTAD. 2020
2	AVILA YAGUAL KAREN ALEJANDRA	CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS DE LA COMUNA SAN PABLO. SANTA ELENA 2020 - 2021
3	RODRIGUEZ VILCZ GLIANA ELIZABETH	DETERMINANTES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA FUNDACIÓN CAMINOS DE ESPERANZA. 2020
4	MORENO PRESENTE JAIME ANTONIO	VALIDACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA BARCELONA. MANABALARTO 2021

Por la atención que se sirva brindar a la presente, reitero a usted mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
C.c.: -Archivos-

Anexo: Solicitud de petición de información dirigido a los dirigentes de la comuna Barcelona, Manglaralto.

Barcelona, 7 de mayo del 2021.

Sra. Karen Lissette Prudente de la A
Presidenta de la comuna Barcelona
Presente

De mi consideración.

Yo, **Moreno Prudente Jaime Antonio** con el número de identificación N.º **0929019024**, como estudiante de la carrera de Enfermería; reciba usted un cordial y atento saludo; el motivo de la presente misiva es para solicitarle de la manera más comedida me permita su autorización para realizar una investigación con el tema: "**Valoración de la capacidad funcional y dependencia de los adultos mayores de la comuna Barcelona. Manglaralto 2021**" a su vez de que me permita tener acceso a la base de datos de la comunidad que representa y poder realizar la revisión de cuantos adultos mayores habitan actualmente; la misma que es de gran importancia para la elaboración de la tesis de Pre-grado de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, luego de haber cumplido con los requerimientos solicitados por el departamento de Docencia e investigación de la institución como requisito previo para obtener el título de Licenciado en enfermería.

Agradeciendo por su gentil acogida a mi petición, me suscribo a usted.

Atentamente:



Jaime Antonio Moreno Prudente

Ci: 0929019024

Correo: jaimemorenoprudente6@gmail.com



Recibido
7. Mayo - 2021
13:44:00
E. Guayana de
Santillo

Administración de la comuna Barcelona

Barcelona, 10 de mayo de 2021

Asunto: En respuesta a: SOLICITUD PARA AUTORIZAR INVESTIGACION SOBRE "Valoración de la capacidad funcional y dependencia de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto 2021"

Sr.
Moreno Prudente Jaime Antonio
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al documento entregado el 7 de mayo del 2021, por medio del cual solicita autorización para desarrollar el tema de investigación "*Valoración de la capacidad funcional y dependencia de los adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto 2021*".

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación a la administración de la comuna, su solicitud es **FAVORABLE**.

Atentamente



E. Prudente de la A.
S. Prudente de la A.

11673544-7
correo: info@comuna-barcelona.cl
cel: 0992467535

Karen Lissette Prudente de la A
Presidenta de la comuna Barcelona

Anexo: Formato de encuesta realizada a los adultos mayores de la comuna Barcelona.



UNIVERSIDAD ESTADAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
 FACULTA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA

Apellidos y Nombres del encuestado/a: Jose Leonido Jose Alejandro
 C.I: 83.952 Estado civil: Unión libre
 Edad: 69 años Sexo: Masculino
 Instrucción: Primaria
 Ocupación: Ninguna
 Condición económica: Dependiente Independiente
 Antecedentes patológicos personales: Hipertensión, prototica

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria)

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación	
Comer	Totalmente independiente	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5	
	Dependiente	0	
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0	
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necesita ayuda	5	
	Dependiente	0	
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0	
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ocasionalmente un episodio de incontinencia o necesita o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5	
	Incontinencia	0	
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5	
	Incontinencia	0	
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necesita de ayuda para ir al retrete pero se limpia solo	5	
	Dependiente	0	
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15	
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	<input checked="" type="checkbox"/>



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

	Necesita de gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5	
	Dependiente	0	
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15	
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	Y
	Independiente en sillas de ruedas sin ayuda	5	
	Dependiente	0	
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10	
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5	X
	Dependiente	0	
Total:		85	

Moreno Prudente Jaime Antonio

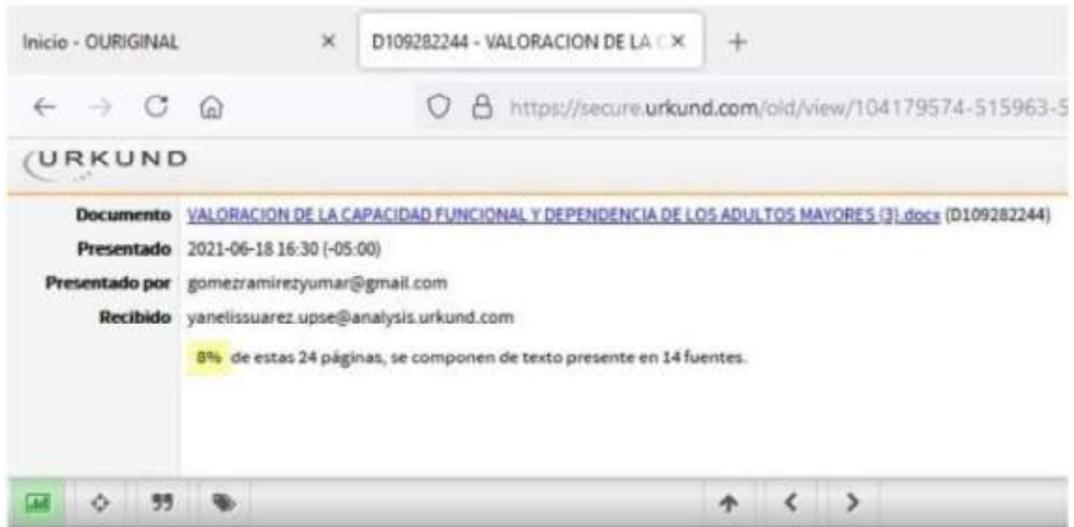
C.I. 0929019024

Anexo: Visita y entrevista de adultos mayores de la comuna Barcelona, Manglaralto.



Anexo:

Certificado de Antiplagio



Fuentes de similitud

