

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO - MARZO 2014”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Ballesteros Reyes, Edison Paúl

**Tutora:** Dra. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO - MARZO 2014”** de Edison Paúl Ballesteros Reyes, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2014

LA TUTORA

.....  
Dra. Mónica Meléndez

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO - MARZO 2014”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del trabajo.

Ambato, Agosto 2014

EL AUTOR

.....  
Edisson Paúl Ballesteros Reyes

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2014

EL AUTOR

.....  
Edisson Paúl Ballesteros Reyes

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO - MARZO 2014”**, de Edison Paúl Ballesteros Reyes, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2014

Para constancia firman

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1er VOCAL**

.....

**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA:**

A quien me acompaña en los momentos difíciles y charla conmigo a solas para darme confort, algunos lo llamamos Dios.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A “Mamá Chole” porque siento que aún estás a mi lado.

A mis buenos amigos, aquellos contados con los dedos, protagonistas de un millón de risas y buenos recuerdos de un “pasado ya pasado”.

A Estefy por ser mi complemento y estar a mi lado a pesar de mis malos ratos y manías.

Paúl.

## **AGRADECIMIENTO:**

A mis padres quienes siempre me han apoyado y han sabido levantarme frente a un tropiezo.

A mi Tutora Dra. Mónica Meléndez por dar pase libre a la realización de este trabajo de investigación.

Al personal de “Clínica la Guadalupeana” por convertirse en una segunda familia y un apoyo para mi subsistencia en este período de transición.

Un agradecimiento al Ing. Eduardo Echeverría y en especial a la Dra. Aída Aguilar por sus valiosos conocimientos, ayuda desinteresada y amistad verdadera.

Paúl

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY.....	xv

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1    TEMA DE INVESTIGACIÓN: .....	3
1.2    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1    CONTEXTUALIZACIÓN .....	3
1.2.2    ANÁLISIS CRÍTICO .....	6
1.2.3    PROGNOSIS.....	7
1.2.4    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.5    PREGUNTAS DIRECTRICES .....	8
1.2.6    DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN .....	8
1.3    JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4    OBJETIVOS .....	10
1.4.1    OBJETIVO GENERAL .....	10
1.4.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1    ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	12



2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	17
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	18
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	23
2.5	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	24
2.5.1	EL ADULTO MAYOR.....	24
2.5.2	SITUACIÓN DE LOS Y LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ECUADOR .....	24
2.5.3	CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO .....	29
2.5.4	CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO .....	30
2.5.5	INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	34
2.5.6	CALIDAD DE VIDA.....	43
2.6	HIPÓTESIS.....	49
2.7	SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES .....	50
CAPÍTULO III.....		51
METODOLOGÍA.....		51
3.1	ENFOQUE.....	51
3.2	MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	51
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	52
3.4.1	MUESTRA.....	52
3.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	52
3.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	52
3.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	53
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	54
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	60
3.8	PLAN RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	60
3.9	PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	61

CAPÍTULO IV .....	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	63
4.1    CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.....	63
4.1.1    DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	63
4.1.2    EDAD.....	64
4.1.3    SEXO .....	65
4.1.4    ESTADO CIVIL.....	66
4.1.5    ESCOLARIDAD .....	66
4.1.6    ETNIA.....	67
4.1.7    PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS .	68
4.2    INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	68
4.2.1    VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	69
4.2.2    GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	74
4.2.3    VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) .....	76
4.2.4    GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	83
4.3    VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	85
4.3.1    COMPORTAMIENTO DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	86
4.4    CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	88
4.5    VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	89
CAPÍTULO V .....	93
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	93
5.1    CONCLUSIONES .....	93

5.2	RECOMENDACIONES .....	94
CAPÍTULO VI .....		95
LA PROPUESTA .....		95
6.1	DATOS INFORMATIVOS.....	95
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	96
6.3	JUSTIFICACIÓN.....	97
6.4	MARCO INSTITUCIONAL.....	98
6.5	OBJETIVOS .....	98
6.5.1	OBJETIVO GENERAL .....	98
6.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	99
6.6	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	99
6.7	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA .....	100
6.8	ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN .....	106
6.9	MODELO OPERATIVO .....	107
6.11	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA .....	111
6.12	PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		113
ANEXOS.....		120

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Distribución pacientes de los Clubes del Adulto Mayor. Dirección Distrital de Salud 18D01 Ambato febrero –marzo 2014.....	63
Tabla 2	Edad de la población .....	64
Tabla 3	Sexo de la población .....	65
Tabla 4	Estado Civil de la Población .....	66
Tabla 5	Nivel de escolaridad de la población .....	67
Tabla 6	Etnia de la población .....	67
Tabla 7	Enfermedades Crónico Degenerativas Adultos Mayores .....	68
Tabla 8	Actividad Alimentarse (ABVD).....	69
Tabla 9	Actividad Bañarse (ABVD) .....	70

Tabla 10 Actividad Vestido (ABVD).....	70
Tabla 11 Actividad Arreglo (ABVD).....	71
Tabla 12 Control de Esfínteres (ABVD) .....	71
Tabla 13 Actividad ir al retrete (ABVD).....	72
Tabla 14 Actividad traslado cama/sillón (ABVD) .....	72
Tabla 15 Actividad Deambulaci3n (ABVD) .....	73
Tabla 16 Subir y bajar escaleras (ABVD) .....	73
Tabla 17 Independencia funcional ABVD pacientes Club Adulto Mayor .....	75
Tabla 18 Uso del tel3fono (AIVD).....	77
Tabla 19 Realizar compras (AIVD) .....	77
Tabla 20 Comida (AIVD) .....	78
Tabla 21 Cuidado de casa (AIVD) .....	79
Tabla 22 Lavado de ropa (AIVD) .....	80
Tabla 23 Uso medios de transporte (AIVD).....	80
Tabla 24 Responsabilidad medicaci3n (AIVD).....	81
Tabla 25 Manejo asuntos econ3micos (AIVD) .....	82
Tabla 26 Independencia Funcional AIVD pacientes Club Adulto Mayor .....	84
Tabla 27 Comportamiento Dimensiones Calidad de Vida.....	86
Tabla 28 Calidad de Vida Pacientes Club del Adulto Mayor .....	89
Tabla 29 Tabla de contingencia. Relaci3n Calidad de Vida Grado de Independencia Funcional en ABVD - AIVD .....	90
Tabla 30 Prueba de Fisher.....	91
Tabla 31 Prueba de regresi3n lineal (ANOVA <sup>a</sup> ) .....	91
Tabla 32 Indicadores de evaluaci3n de la propuesta .....	112

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de la poblaci3n .....	64
Gráfico 2 Sexo de la poblaci3n .....	65
Gráfico 3 Independencia funcional ABVD pacientes Club Adulto Mayor .....	75
Gráfico 4 Independencia Funcional AIVD pacientes Club Adulto Mayor .....	83
Gráfico 5 Calidad de Vida Pacientes Club del Adulto Mayor .....	88
Gráfico 6 Administraci3n de la Propuesta.....	111

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCION DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO – MARZO 2014”**

**Autor:** Ballesteros Reyes, Edison Paúl

**Tutora:** Dra. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia

**Fecha:** Agosto del 2014

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la influencia de la independencia funcional en la calidad de vida del adulto mayor; participaron 117 pacientes asistentes a siete clubes del adulto mayor de Unidades de Salud de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato entre febrero - marzo 2014. Se recogió datos referentes a sexo, edad, escolaridad, estado civil, etnia y enfermedad crónica degenerativa.

Respecto a las actividades básicas de la vida diaria se encontró que 79 adultos mayores son dependientes leves para realizar actividades básicas de la vida diaria, seguidos de 39 individuos que se manifestaron como independientes; no se encontraron individuos que presenten dependencia moderada, grave y total.

21 adultos mayores (18%) se manifestaron muy activos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, 85 individuos (73%) se manifestaron activos, 11 individuos (9%) presentaron limitación en un 50% o más de estas actividades; no se encontraron adultos mayores inactivos.

Respecto a calidad de vida se encontró que 78 individuos (67%) presentaron calidad de vida baja, 9 individuos (8%) calidad de vida muy baja; 25 individuos (21%) calidad de vida alta y 5 individuos (4%) calidad de vida media.

Para analizar la relación entre la independencia funcional y calidad de vida se eligió la prueba de Fisher; encontrando que existe asociación entre las dos variables [ $\chi^2(3,N=117)= 47,035$  , $P<0,05$ ]. Se planteó la hipótesis de que el mayor grado de independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor, realizándose la prueba de regresión lineal, donde [ $F(3,N=117)= 35,217,P<0,05$ ], aceptándose sus resultados.

Quedando demostrado que a mayor independencia funcional existe mejor calidad de vida.

**PALABRAS CLAVES:**

ADULTO\_MAYOR, INDEPENDENCIA\_FUNCIONAL, CALIDAD\_VIDA,  
ÍNDICE\_BARTHEL, ENFERMEDADES\_DEGENERATIVAS

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“FUNCTIONAL INDEPENDENCE AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ATTENDING TO ELDERLY ADULTS CLUBS IN HEALTH DISTRICT 18D01 CANTON AMBATO IN THE PERIOD FEBRUARY–MARCH 2014”**

**Author:** Ballesteros Reyes, Edison Paúl

**Tutor:** Dr. Meléndez Herrera, Mónica Cecilia

**Date:** August 2014

**SUMMARY**

This was a descriptive transversal study, which has the aim to indicate how the degree of functional independence influences the quality of life of older adults. It involved 117 patients attending at seven clubs for elderly population in Health Units belonging to the Health District 18D01 of Ambato in the period February - March 2014. Data were collected according to sex, age, education, marital status, ethnicity and presence of chronic degenerative disease.

Regarding the basic activities of daily living we found 79 older adults were mild dependent to perform basic activities of daily living, while 39 individuals considered themselves as independent; no individuals with moderate, severe and total dependence were found.

In this study 21 older adults (81%) were considered themselves as active to perform instrumental activities of daily living, 85 individuals (73%) were expressed as active, 11 patients (9%) had limitation by 50% or more of these activities; inactive older adults not found.

Relating quality of life 78 older adults (78%) presented lower quality of life, 9 individuals (8%) very low quality of life; 25 patients (21%) high quality of life and 5 subjects (4%) middle quality of life.

To analyze the relationship between the functional independence and quality of life Fisher test was chosen; finding an association between the two variables [ $\chi^2$  (3, N = 117) = 47.035, P <0.05]. The hypothesis that the greater influence functional independence by improving the quality of life of the elderly was proposed, performing regression linear test, where [F (3, N = 117) = 35.217, P <0.05], accepting their results.

Being demonstrated that there is greater functional independence better quality of life.

**KEYWORDS:**

ELDERLY\_ADULTS, FUNCTIONAL\_INDEPENDENCE, QUALITY\_LIFE,

BARTHEL\_INDEX, DEGENERATIVE\_DISEASES



## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se está produciendo en todo el planeta una revolución demográfica que ha conllevado al aumento de la población adulta mayor. El envejecimiento de la población se ve impulsado por dos factores: una disminución de la proporción de niños, reflejo a su vez de una disminución de las tasas de fecundidad en la población general, y un aumento de la proporción de adultos de más de 60 años. Esta transición demográfica traerá consigo varios retos importantes para los planificadores de la salud y las políticas sociales. Conforme envejecen las poblaciones, aumenta la carga de enfermedades no transmisibles, las cuales desencadenan procesos crónicos en el adulto mayor, las cuales limitarán su independencia al realizar actividades de la vida diaria. (OMS, 2011)

El envejecimiento constituye un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida; implica modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen de manera continua, universal e irreversible a consecuencia de la acción del tiempo que conlleva a la disminución de la capacidad funcional del ser humano. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, geografía en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. (Álvarez & Pazmiño, 2010)

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. (Estrada, Cardona, Segural, Chavarriaga, Jaime, & Julián, 2011)

La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. (OMS, 2011)

El objetivo principal de la asistencia integral del adulto mayor, hoy en día, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. Naciendo la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad.

Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia, a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación.

La implementación de los Clubes del Adulto Mayor en los diversos servicios de salud, ha contribuido al mejoramiento de la salud de los Adultos Mayores con actividades de distracción y control médico pero no se evidencia la aplicación de herramientas para la detección oportuna del deterioro de la independencia funcional.

La correcta aplicación de estas herramientas sería de gran utilidad para el mejoramiento de la calidad de los adultos mayores. Ya que a nivel local se evidencia que las limitaciones funcionales de los adultos mayores hacen que estos sean relegados en la sociedad, llevándolos al abandono e incluso haciendo que se los consideren como un estorbo en las familias con que conviven. (Posso, 2005)

Conocer el alcance de la dependencia, e identificar a las personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés con el fin de establecer programas de protección social orientadas al mejoramiento de su condición de vida.

En el presente trabajo mediante la utilización de instrumentos validados para la investigación se evaluó la independencia funcional y la calidad de vida de los adultos mayores asistentes a clubes del adulto mayor de siete Unidades de Salud (Atahualpa, Cunchibamba, Ingahurco, Izamba, Distrito 18D01, Martínez y Quisapincha) pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del cantón Ambato; una vez que se cumplieron los objetivos propuestos se propone la implementación de un programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en actividades de la vida diaria.

## **CAPÍTULO 1**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

“INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO FEBRERO - MARZO 2014”.

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

A nivel mundial se está produciendo en todo el planeta una revolución demográfica. Datos actualizados al año 2013, indican que en el mundo existen unos 600 millones de personas mayores de 60 años; y este número se habrá duplicado en 2025, y en 2050 se habrá transformado en 2000 millones, la mayoría de las cuales se encontrarán en el mundo en desarrollo. Este envejecimiento acelerado de la población mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países del mundo. (OMS, 2011)

El envejecimiento de la población se ve impulsado por dos factores: una disminución de la proporción de niños, reflejo a su vez de una disminución de las tasas de fecundidad en la población general, y un aumento de la proporción de adultos de más de 60 años, consecuencia de la disminución de las tasas de mortalidad. (García, J., 2012)

Esta transición demográfica traerá consigo varios retos importantes para los planificadores de la salud y las políticas sociales. Conforme envejecen las poblaciones, aumenta la carga de enfermedades no transmisibles, las cuales desencadenan procesos crónicos en el adulto mayor, las cuales limitarán su independencia al realizar actividades de la vida diaria. (OMS, 2011)

La evidencia acumulada en los países desarrollados, sin embargo, muestra que la prevalencia de enfermedades crónicas y los niveles de discapacidad entre las personas mayores pueden reducirse adoptando medidas apropiadas de promoción de la salud y estrategias de prevención de las enfermedades no transmisibles. Un hecho especialmente preocupante es el aumento de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas observado en los países en desarrollo. La mejora de los sistemas de salud y de sus respuestas al envejecimiento de la población está justificada económicamente. Con unas razones de dependencia de las personas mayores que están aumentando prácticamente en todos los países del mundo, la contribución económica y los papeles productivos de las personas mayores cobrarán mayor importancia. Ayudar a la gente a mantenerse sana y a asegurarse una buena calidad de vida para sus últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario tanto en los países desarrollados, como aquellos en vías de desarrollo. (OMS, 2011)

En Ecuador datos actualizados del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC en el año 2013, indican que en nuestro país del 14'483.449 de habitantes; existen 940,905 adultos mayores (personas mayores de 65 años de edad), que corresponde al 6,5% de la población total. Ecuador es un país que cuenta con una población joven siendo el promedio de edad 28 años. (INEC, 2013)

Sin embargo, es fundamental visibilizar a este importante segmento de población, posiblemente mayoritario en 50 años. Al igual que sucede en otros países Latinoamericanos, a los adultos mayores se los mira como una población diversa y activa, pero con una idea recurrente de que no cuentan con un rol específico en la sociedad. Es más, cuando una persona llega a la vejez se la considera erróneamente improductiva o decadente. El resultado de esta forma de pensar y actuar ha significado que el mercado laboral cierre las puertas a los adultos mayores, que se profundice el aislamiento y la inactividad, lo que afecta directamente su vida en términos de salud integral y de calidad de vida. De acuerdo con el censo del año 2011 la población adulta mayor se encuentra distribuida en forma desigual en las distintas regiones del país 596.429 en la Sierra, 589.431 en la Costa y en un porcentaje menor en las demás regiones; en su mayoría son mujeres 53,4%. Además datos del INEC reportan que un 83% de los adultos mayores manifiestan estar satisfechos con su vida, mientras el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

A nivel de Ecuador, Tungurahua y el cantón Ambato; el principal objetivo del continuo de la asistencia sanitaria- social e integral, hoy en día, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad.

Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia, a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación. Visualizado así este escenario, el Ministerio de Salud Pública ha visto necesario editar Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores como un instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores, por lo que es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción. (Álvarez & Pazmiño, 2010)

La implementación por parte del Ministerio de Salud del Ecuador de los Clubes del Adulto Mayor en los diversos servicios de salud, ha contribuido al mejoramiento de la salud de los Adultos Mayores con actividades de distracción y control médico pero no se evidencia la aplicación de herramientas para la detección oportuna de su grado de Independencia Funcional. La correcta aplicación de estas herramientas sería de gran utilidad para el mejoramiento de la calidad de los adultos mayores. Ya que a nivel local se evidencia que las limitaciones funcionales de los adultos mayores hacen que estos sean relegados en la sociedad, llevándolos al abandono e incluso haciendo que se los consideren como un estorbo en las familias con que conviven. (Posso, 2005)

Conocer el alcance de la dependencia, e identificar a las personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto para establecer programas de protección social. Sirve para delimitar mejor lo que es problema de salud y problema social; permite poner el énfasis en los aspectos sociales; útil para extender el conocimiento del problema; sirve para conocer el estado general del adulto mayor y su estado de vulnerabilidad. (Álvarez & Pazmiño, 2010)

Sin embargo la atención prestada a los pacientes adultos mayores en el servicio de consulta externa en las distintas Unidades de Salud a cargo de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del cantón Ambato se basa en la revisión médica, mas no existe una

dependencia en donde se pueda entrevistar al adulto mayor y mediante una valoración integral hacer una aproximación acerca de su condición de vida.

Con este estudio se pretende contribuir al desarrollo de un marco conceptual que permita investigar la situación de la dependencia en el Adulto Mayor en el medio, enfatizando las diferencias conceptuales entre distintas entidades asociadas al menoscabo de las capacidades que sufren las personas mayores.

Es de gran expectativa acercarse de la manera más adecuada a la realidad de la dependencia de las personas mayores; es decir, contar con un concepto global y los instrumentos de medición que nos permitan conocer gradualmente, el fenómeno en toda su complejidad.

### **1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO**

El envejecimiento del ser humano constituye un proceso natural producido a través de todo su ciclo de vida. No todas las personas atraviesan su proceso de envejecimiento de la misma forma uno de los problemas de mayor importancia en la etapa de adulto mayor constituye la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia funcional y la necesidad constante de ayuda. La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad en la vejez de un individuo se relacionan directamente con las oportunidades y privaciones que han tenido durante su vida como niño, adolescente y adulto. La geografía en la que ha vivido, la exposición a factores de riesgo social, las posibilidades de acceder a educación, promoción de salud, los estilos de vida que ha llevado, constituyen aspectos de importancia al evaluar la funcionalidad y calidad de vida en el adulto mayor. (Álvarez & Pazmiño, 2010)

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. (Estrada, Cardona, Segural, Chavarriaga, Jaime, & Julián, 2011)

La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. (OMS, 2011)

Pero algunos factores relacionados con el grado de dependencia del Adulto mayor como maltrato psicológico y aislamiento intradomiciliario, la falta de afecto en su hogar y grado de participación que el adulto mayor tiene en las actividades familiares y el abuso de sus familiares al apropiarse de sus bienes materiales a cambio de una promesa de cuidado que a veces no es cumplida son ítems que no se han tocado al realizar estudios previos; y que serían de gran aporte para mejorar la calidad de vida del adulto mayor luego de analizarlos. (MIES, 2012)

La asistencia médica al adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de deficiencias encubiertas, por esta razón se deben tomar en cuenta cuestiones tales como dificultad de expresión, déficit sensorial, desorientación temporo-espacial, numerosas enfermedades crónicas asociadas, así como signos y síntomas de aparición y morfología diferente en otros grupos de edad. Estas consideraciones, permitirán intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor, para ello, se ha propuesto la valoración geriátrica integral, cuyo uso ha permitido contribuir a la disminución de la morbimortalidad de este grupo. (Macías & Álvarez, 2009)

### **1.2.3 PROGNOSIS**

Tras revisar la realidad del dilema referente a la calidad de vida que tiene los adultos mayores en relación a su grado de independencia es factible indagar acerca de qué podría pasar si a largo plazo no se encuentra una solución a este problema y de este modo elaborar un presuntivo enfoque respecto de acciones y planes posteriores a ejecutarse.

Si el problema de una mala calidad de vida del Adulto Mayor debido a un grado de dependencia funcional se mantiene, el número de abandonos del adulto mayor por parte de sus familiares irán en aumento de igual forma el deterioro de su estado de salud y reducción de sus años de vida, aumentaría igual la indigencia, la afluencia hacia lugares de asilo que implicaría mayores gastos para el estado y valga la redundancia una pobre calidad de vida del adulto mayor en nuestro medio.

Por tal motivo es menester evitar todos estos aspectos negativos consecuencias de no implementar un adecuado plan de atención primaria de salud al Adulto Mayor, y un gran paso sería detectar sus limitaciones funcionales, para de este modo mejorar su calidad de vida.

#### **1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cómo Influye el Grado de Independencia Funcional en la Calidad de Vida de los pacientes de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato?

#### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Qué Grado de Independencia Funcional presentan los pacientes miembros de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato en relación a la ejecución de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)?
- ¿Qué Grado de Independencia Funcional presentan los pacientes miembros de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato en relación a la ejecución de Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD)?
- ¿Qué Calidad de vida presentan los pacientes miembros de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato?
- ¿Qué estrategias podrían emplearse para mejorar de la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor?

#### **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.2.6.1 DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO**

- Campo:
- Área: Geriatría.
- Aspecto: Calidad de vida e Independencia funcional.

##### **1.2.6.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL**

- La Investigación se realizó en los Clubes del Adulto mayor pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del cantón Ambato Provincia de Tungurahua.



### **1.2.6.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL**

- La investigación se realizó en el período febrero – marzo 2014.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El interés de esta investigación radica en que el proceso de envejecimiento del ser humano se plantea con respecto a diversas características que han rodeado la vida de una persona; tales como los antecedentes genéticos, estilo de vida, actitudes personales, hábitos, entorno social y a una serie de factores internos y externos; que determinan el patrón de envejecimiento de cada persona al envejecer y donde se constituyen numerosas definiciones ante este proceso, en las cuales se menciona el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible y progresiva en los organismos vivos.

Es indudable que en la población ecuatoriana, la expectativa de vida ha ido aumentando considerablemente, lo que ha incrementado de una manera razonable la población adulta mayor, el motivo de este acelerado aumento ha implicado la optimización y el mejoramiento de la calidad de vida de la persona senescente, desde diversos ámbitos a nivel social, biológico, psicológico, familiar, cultural, político y económico, los cuales están ligados en interacción continua y permanente al constituir un enfoque multidimensional en todo el proceso de envejecimiento y vejez.

Una de las acciones que han permitido optimizar la atención al anciano es la valoración de su estado de salud, a través de la medición de su situación funcional, la cual es mucho más útil que una lista de diagnósticos médicos. La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, es para los profesionales de Atención Primaria, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación, y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes. (Sánchez, 2008)

De acuerdo a lo anterior surge la importancia de llevar a cabo una valoración de la Calidad de vida relacionada al grado de independencia funcional en los pacientes de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato a través de la aplicación del instrumentos que valoren estos dos aspectos importantes en el adulto mayor, lo cual constituye una actividad original ya que esta valoración no se aplica con regularidad en las Casas de Salud Públicas del País, el impacto de la realización de

esta investigación radica en que con la valoración se pretende que el equipo interdisciplinario de trabajo, a corto plazo, tome como punto de partida los resultados obtenidos y las recomendaciones realizadas en la investigación ya largo plazo, oriente sus acciones hacia el mejoramiento de la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas, establecimiento de objetivos de trabajo, conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución, observar cambios en el transcurso del tiempo y asegurar una utilización apropiada de los servicios lo cual sería de gran impacto teniendo en cuenta que los beneficiados de esta investigación serán los pacientes de los Clubes del Adulto Mayor, de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato por ser la institución donde se llevará a cabo la Investigación, igualmente sus autoridades por dar apertura a este trabajo investigativo, la Facultad de Ciencias de las Salud y la Universidad Técnica de Ambato que fortalecerían actividades de vinculación con la Comunidad y el investigador quien adquirirá conocimientos nuevos y formará parte activa en la búsqueda de alternativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Para llevar a cabo la valoración con la población objeto de estudio se cuenta con los recursos humanos, materiales, físicos necesarios y con la disponibilidad del grupo interdisciplinario de trabajo, lo cual hace factible la realización de este proyecto de investigación y conllevará al logro de los objetivos propuestos.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la influencia de la Independencia Funcional en la Calidad de Vida de los pacientes asistentes a los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el Grado de Independencia Funcional que presentan los Pacientes de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato en relación a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

- Determinar el Grado de Independencia Funcional que presentan los Pacientes de los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato en relación a la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- Determinar el nivel de calidad de vida presentan los adultos mayores asistentes a los Clubes del Adulto Mayor de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato.
- Proponer e impulsar estrategias encaminadas a mejorar la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Son varios los artículos y trabajos que han descrito al problema.

Entre los estudios llevados a cabo se destacan:

- El estudio descriptivo mediante encuesta administrada a domicilio por entrevistadores en las áreas sanitarias 2 y 4 de Madrid a nivel comunitario en el año 2003 denominado **“Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid (2003)”**

Con el objetivo de describir el estado de salud autopercebido y la calidad de vida en los mayores de 65 años no institucionalizados residentes en dos áreas sanitarias de Madrid. En este estudio de una muestra de 2.002 personas mayores de 65 años residentes en domicilios particulares se obtuvieron 911 encuestas válidas. Las mediciones principales que se realizaron fueron: descripción, estratificando por grupo de edad y sexo, de variables sociodemográficas, recursos económicos, apoyo sociofamiliar, salud física y mental, capacidad funcional y cuestionarios Euroqol y Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Se Obtuvieron como resultados: Edad media, 74,7 años (IC del 95%, 74,3-75,1%); mujeres, 59,7% (IC del 95%, 56,4-62,9%); sin estudios, 41% (IC del 95%, 37,7-44,2%); clases sociales I y II, 38,3% (IC del 95%, 35,1-41,6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno, 52,1% (IC del 95%, 48,8-55,4%), 57,5% (IC del 95%, 52,2-62,6%) de varones y 48,4% (IC del 95%, 44,2-52,7%) de mujeres. Las puntuaciones medias en el PSN fueron, energía = 21,1 (IC del 95%, 18,9-23,2%); dolor = 25,6 (IC del 95%, 23,6-27,6%); movilidad física = 28 (IC del 95%, 26,4-29,7%); sueño = 31,8 (IC del 95%, 29,4-34,1%); reacción emocional = 24,5 (IC del 95%, 22,8-26,3%); aislamiento social = 10,9 (IC del 95%, 9,6-12,1%). Los porcentajes de personas con problemas en el Euroqol fueron, movilidad, 21,3% (IC del 95%, 18,7-24,1%); cuidado personal, 7,7% (IC del 95%, 6,1-9,7%); actividades cotidianas, 19,9% (IC del 95%, 17,4-22,7%) dolor/malestar 38,2% (IC del 95%, 35-41,4%); ansiedad/depresión, 27% (IC del 95%,

24,1-30%). Tanto en el PSN como en el Euroqol las mujeres presentaron más problemas que los varones, y los mayores de 80 años que los menores. Concluyen que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones. Los mayores de 80 años tienen peores puntuaciones en el PSN y en el Euroqol, pero no perciben su estado de salud como peor. (Azpiazu, M; Cruz, A, 2003)

- El estudio denominado **“Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín (2011)”**

Cuyo objetivo se enfocó en explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de adultos mayores en centros geriátricos. Constituyó un estudio transversal de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Excluyéndose aquellos con grave deterioro cognitivo y los que no residían de forma permanente en la institución. La calidad de vida se evaluó mediante el *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la minivaloración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. La información se analizó con pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, la correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: El 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de  $79,2 \pm 8,0$  años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva. Como conclusión, se halló deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares. (Estrada, Cardona, Segural, Chavarriaga, Jaime, & Julián, 2011)

- El estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional denominado **“Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos (2004)”**

Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de dependencia funcional y las enfermedades crónicas que se le asocian. El estudio se realizó de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México DF. Los datos de las variables se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizada con base en la Ley de Información Estadística y Geográfica, Capítulo V, Artículo 38. Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. La investigación arrojó como resultados: de los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebro vascular, el deterioro cognitivo y la depresión. Se llegó a la conclusión de que la prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. Este estudio demuestra cuáles enfermedades crónicas están asociadas con la dependencia. Es necesario desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asociaron con dependencia funcional. (Barrantes, García, Guitiérrez, & Miguel Jaimes, 2007)

- El estudio transversal y descriptivo denominado **“Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida” (2009)**

Que tuvo como objetivo: conocer la funcionalidad de los adultos mayores con cada escala de medición relacionada con actividades de la vida diaria y relacionarlas con la calidad de vida. El estudio se ejecutó con muestreo probabilístico de 225 adultos mayores efectuado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE). Posterior a la firma de aceptación de consentimiento informado, se aplicaron cuestionarios de funcionalidad para: actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton-Brody) y equilibrio y marcha (evaluación de Tinetti). Para relacionar las variables se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (nivel de significancia de 0.05) mediante el programa SPSS, V12. Se obtuvo como resultados: en cuanto a actividades básicas, 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez;

para actividades instrumentales, 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha, 34.7% tuvieron riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto. Hubo asociación estadística significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida. Se concluyó que: para las tres escalas de funcionalidad, uno de cada tres pacientes tuvo algún grado de disfunción, similar a lo reportado por otros autores. Se identificaron factores propios que sugieren: a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida. (Soberanes, González, & Moreno, 2009)

- El estudio denominado **“Calidad de vida y condiciones de salud en la población adulta mayor de Medellín” (2006)**

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar algunos componentes de la calidad de vida: económicos, familiares, sociodemográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor (de 65 años o más) en la ciudad de Medellín. Se realizó un estudio descriptivo con base en la información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en Medellín en los años 1997 y 2001; los certificados de defunción de 1990 a 1999; los registros de egresos hospitalarios de 1990 a 1997, y una encuesta telefónica en el año 2002 a 637 adultos mayores seleccionados sistemáticamente. Se observó un incremento de 168% en este grupo poblacional desde 1964 a 2001, evidenciando la etapa de transición demográfica plena que vive la ciudad de Medellín. También se observó una pérdida de poder adquisitivo de 65% entre 1997 y 2001, así como la situación aislamiento en que viven los ancianos, lo que marca la pérdida de independencia y autoestima. Se concluyó que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida del adulto mayor. (Cardona, Agudelo, & Estrada, 2009)

- El estudio denominado **“Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos” (2003)**

Este estudio tuvo como objetivo identificar una serie de factores relacionados a calidad de vida a través de las dimensiones de funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud en una población de adultos mayores del estado de Morelos, México. Fue un estudio transversal llevado a cabo de marzo a septiembre de 1997 en áreas urbanas y rurales del estado de Morelos. La muestra fue construida por una selección aleatorizada

de 2, 571 viviendas. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas personales estructuradas. La calidad de vida fue analizada en cuatro dimensiones: funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud. Las variables independientes fueron: género, edad, morbilidad reportada, nivel de actividad, contacto con el médico y hospitalización en el último año, consumo de tabaco e ingreso familiar. El análisis estadístico fue desde estadística descriptiva a modelos multivariados de regresión logística no condicionados. Los resultados arrojados por la investigación fueron: los factores asociados con la dimensión física fueron: género, enfermedad en el último año, edad, tabaquismo y nivel de actividad. En funcionamiento social sólo la variable de chequeo médico fue significativa, actuando como factor favorecedor. En la dimensión emocional: género, enfermedad y chequeo médico en el último año. Para percepción de salud los factores fueron: género, morbilidad, hospitalización en el último año y actividad. Todas estas variables estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). La investigación concluyó que los factores asociados con calidad de vida varían de acuerdo con cada dimensión. Sin embargo, género, morbilidad, contacto con el médico y actividad son comunes para la mayoría de las dimensiones estudiadas. Esto nos sugiere que estos aspectos deberían ser considerados en la planeación de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. (Gallegos, Durán, & López, 2003)

- El estudio denominado **“Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas, Cuba” (2011)**

Este trabajo de investigación promulgaba que el estudio de la calidad de vida global y de sus dimensiones es de gran utilidad en los adultos mayores, en tanto constituye un trazador cualitativo de la salud en este segmento poblacional, aquejado con frecuencia de discapacidades que limitan su desempeño social. Tuvo como objetivos identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas, durante el primer semestre de 2007. Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741 a través de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos, elegida por muestreo estratificado polietápico. Para la recogida de la información se aplicaron el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de



homogeneidad y otras específicas como Ridit Analysis y X2 para la regresión. El procesamiento se realizó con SPSS versión 11,5, y Epidat 3,1. Los resultados de presentan en cuadros estadísticos. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: predominó la categoría alta de la dimensión salud con valores de 91,7%, aunque en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de la percepción alta de salud ( $p=0,000$ ). La percepción alta de salud es más marcada en los ancianos con pareja, con un 95,5 %, que en los que no tienen pareja (88,2%) ( $p=0,000$ ). A pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta, en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad ( $p=0,000$ ). No hubo diferencias por sexo ( $p=0,506$ ). Se obtuvo como conclusiones que la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, pero heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, lo cual evidencia la relación importante que existe entre estas últimas y la dimensión investigada. (Dueñas, Barrayé, Triana, & Rodríguez, 2011)

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación está basada en el paradigma crítico, pues se basó en comprender la visión general de la realidad del adulto mayor, guiada por principios que rigen las normas éticas y morales, enfocado hacia el servicio a la comunidad.

También se considera propositiva dado que esta investigación no se detiene en la simple observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución, como es proponer estrategias encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Tiene un fundamento epistemológico pues la investigación se fundamenta en los principios que rigen el conocimiento humano desde el punto de vista científico, utilizando herramientas válidas generadas en el desarrollo del mismo. El estudio e indagación para establecer el diagnóstico situacional motivo de esta investigación, conlleva entre otras actividades a la realización de encuestas y observación. Además se ha construido en el tiempo, en base a los conocimientos científicos que han permitido que en la actualidad, la Geriatría y la Gerontología sean especialidades médicas con identidad propia y sustento científico, cuya identidad surge a partir de cambios demográficos en respuesta a las nuevas necesidades de la población senil.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

En esta investigación se toman los lineamientos establecidos en la Constitución de la República de Ecuador del año 2008.

### **TÍTULO II**

#### **DERECHOS**

##### **Capítulo primero**

###### **Principios de aplicación de los derechos**

**Art. 1.-**El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

**Art. 3.-**Son deberes primordiales del Estado:

Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

##### **Capítulo tercero**

###### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

### **Sección primera**

#### **Adultas y adultos mayores**

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

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

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

**Art. 38.-** El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y

rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen

otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

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

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

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

## **Capítulo sexto**

### **Derechos de libertad**

**Art. 66.-**Se reconoce y garantizará a las personas:

1. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

2. El derecho a la integridad personal, que incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual.

## **Título VII**

### **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

#### **Capítulo primero**

##### **Inclusión y equidad**

**Art. 341.-** El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

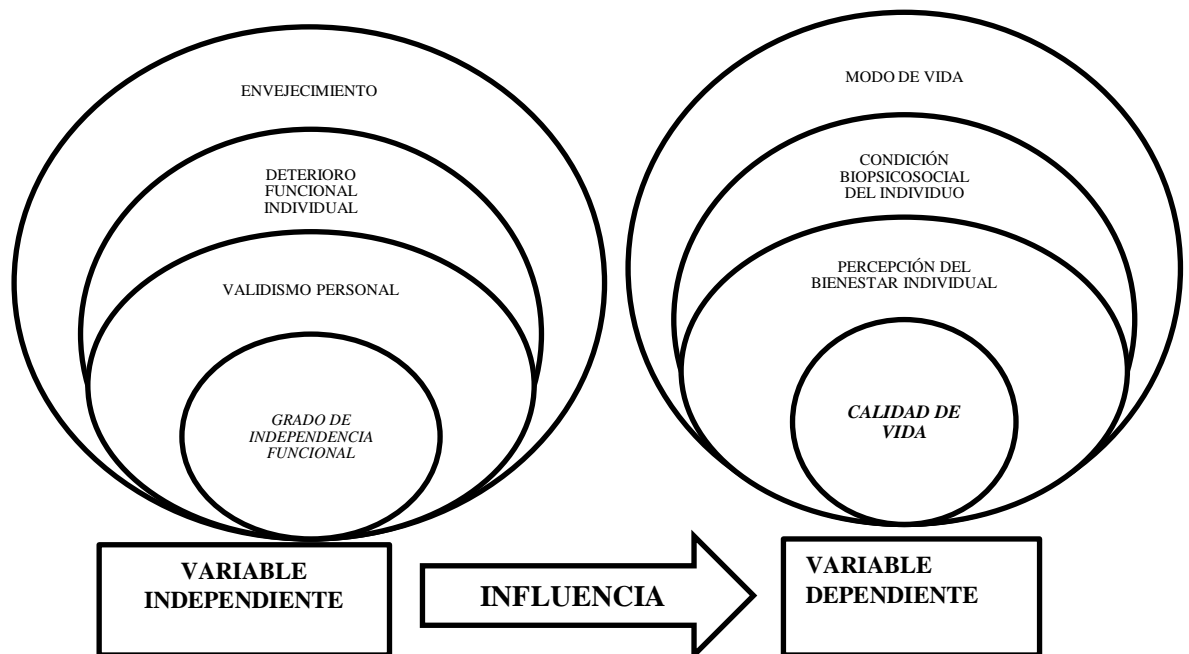
1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

**Art. 369.-** El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley.

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008)

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.5.1 EL ADULTO MAYOR**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (OMS, 2010)

En general se utiliza el término *Adulto Mayor* al referirse al grupo poblacional que tiene 65 años de edad o más.

### **2.5.2 SITUACIÓN DE LOS Y LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ECUADOR**

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. (INEC, 2010)

La proporción de adultos mayores no es homogénea en el territorio nacional, las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 90.000 habitantes. Además en el país la identificación étnica que predomina en las personas adultas mayores es la mestiza 82,3%, seguida por autoconsideración blanca 7,8% y en tercer lugar, la indígena 6,8%, negros y mulatos 2,9% y otras autoidentificaciones raciales 0,2%. (INEC, 2010)

De acuerdo con los últimos estudios demográficos a escala nacional, en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas. (Schkolnik, 2007)

El dato de discapacidad en la población adulta mayor evidencia que las mujeres tienen niveles mayores de afectación que los hombres y, si se toma como referencia el valor de 10 en la escala para identificar quienes en esencia conservan todas sus facultades, el 21% de las mujeres y el 43% de los hombres caen en este grupo perfectamente funcional, mientras que el 19% de las mujeres y el 13% de los hombres sufren de discapacidad. (Freire, 2010)



### **2.5.2.1 ESPERANZA DE VIDA**

Para el 2010-2015 la CEPAL ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres.<sup>i</sup> Esta esperanza de vida, que es de casi un año mayor a la de Latinoamérica, en su conjunto denota una mejora extraordinaria, ya que a mediados del siglo anterior los ecuatorianos esperaban vivir tan sólo 48,3 años. En seis décadas este indicador fundamental de las condiciones de vida de la población aumentó en cerca de 30 años. (CEPAL, 2012)

### **2.5.2.2 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**

De acuerdo a la información censal, las condiciones socio económicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Los datos permiten observar que la condición de pobreza es significativamente mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición. La condición de pobreza es significativamente mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición. (INEC, 2010)

Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo. Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte. Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con

padres ausentes (probablemente emigrantes): 6% en 2001 y 5% en 2010. Se estima que la población económicamente activa (PEA) de personas adultas mayores en el Ecuador permanece constante en los últimos años, mientras que la tasa de desempleo muestra una disminución importante. (Freire, 2010)

Para el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaba que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico. El ingreso promedio proveniente del trabajo de las personas adultas mayores indica que los hombres reciben un salario promedio de \$300 mensuales, mientras que en las mujeres es de \$210. (INEC, 2009)

### **2.5.2.3 SALUD**

Mediante un boletín de salud en el año 2011 la Organización Mundial de la Salud establece que “Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”, la salud del adulto mayor está estrechamente ligada a la calidad de vida, se estima que uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor, aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas. (OMS, 2010)

Para las personas adultas mayores, la tasa de mortalidad en el periodo 2005 -2010 fue de 38 por mil para las mujeres, y 44 por mil para los hombres. Anualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. Tal como la encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE plantea: “El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Una alta proporción de adultos mayores presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. Uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. (MIES, 2012)

Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. Aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas”. De ahí la necesidad de que existan programas de salud orientada hacia la población de adultos mayores. (Freire, 2010)

De otra parte, según los datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional de Salud en el año 2010, se observa que la frecuencia acumulada de casos notificados en el periodo 1984 - 2010 es de 18.524 personas viviendo con VIH, y 8.338 personas viviendo en fase SIDA. Las defunciones en este periodo hasta el año 2010 son de 7.031 personas. Además, se registran 6.765 personas viviendo con el VIH, en tratamiento antirretroviral. Tan solo el 33% de las personas adultas mayores se halla cubierto por algún sistema de seguro de salud. Este beneficio es casi exclusivamente de orden público (98%). (MSP, 2011)

#### **2.5.2.4 EDUCACIÓN**

De acuerdo con el Censo del año 2010 las personas adultas mayores en Ecuador tienen un modesto nivel educativo: sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico. Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados. (CEPAL, 2012)

Las ocupaciones que declaran los adultos mayores, en su mayoría, son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %), ya que el nivel educativo de este segmento de la población es bajo y que las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo” y directores y “funcionarios públicos superiores” solo representan, en conjunto, el 6,7% de la población ocupada de 65 años y más. El analfabetismo afecta a uno de cada cuatro personas adultas mayores. Esta condición es mayor en las mujeres, cuyo porcentaje llega al 29%. En el caso de los varones se sitúa en el 20%. (OMS, 2010)

Los datos expuestos revelan que existe un bajo nivel de educación formal en las personas adultas mayores en el Ecuador, dato determinante con respecto a este grupo poblacional. Si bien las causas de este problema no pueden ser revertidas precisamente porque los años oportunos para la alfabetización y formación han pasado, se requiere lograr que las

personas adultas mayores tengan un alfabetismo funcional que les permita ampliar su rol dentro de la sociedad. Actualmente, según datos de la encuesta SABE I, el 80,65% de personas adultas mayores no tiene un alfabetismo funcional (leer y escribir un recado). (INEC, 2010)

#### **2.5.2.5 VIVIENDA**

El 68,5% de las personas adultas mayores se declara propietario de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas. Un dato más reciente indica que el acceso a la luz eléctrica de las personas adultas mayores alcanza el 96,2%; los servicios higiénicos con conexión de agua, el 73,9%; y el alcantarillado tan solo el 55,5%. Por lo expuesto, si bien existe un alto porcentaje de personas adultas mayores que tienen vivienda propia, se hace evidente que la situación que se debe revertir involucra el asegurar la situación de aquellas personas adultas mayores que no cuentan con una vivienda y, por otro lado, garantizar que las condiciones de la vivienda sean apropiadas, entendiendo esta característica como el acceso a servicios básicos e infraestructura que permitan una vida digna. (CEPAL, 2012)

#### **2.5.2.6 CUIDADO A LAS PERSONAS**

El 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. En el caso de las mujeres mayores de 80 años que cuentan con asistencia para su cuidado, el porcentaje es de 36,5% de la población nacional. En términos generales, puede decirse que son las mujeres, los adultos mayores residentes del área urbana y los mayores de 80 años, quienes presentan los mayores requerimientos de ayuda y cuidado. La necesidad de cuidado y asistencia las personas adultas mayores representa un mecanismo indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años. (INEC, 2010)

Adicionalmente, organismos de salud internacional señalan que las caídas representan el 75% de las muertes accidentales en mayores de 75 años. De hecho, aproximadamente 9 de cada 10 fracturas de cadera son producto de caídas. La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD) como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse. O bien actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono,

realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, afecta a algo más de 100mil personas adultas mayores en el país. (INEC, 2010)

#### **2.5.2.7 SEGURIDAD SOCIAL**

El 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliado al IESS. El sistema de seguridad social de las personas adultas mayores y su grado de participación en la actividad económica están relacionados. En países como el Ecuador, en que el sistema de protección social a los adultos mayores es débil, su participación en la fuerza laboral es alta (33.2%). Se debe a que no tienen otra alternativa que su trabajo para generar ingresos que cubran sus necesidades desde consumo y las de su familia, situación que se torna particularmente difícil cuando sobrevienen enfermedades catastróficas, por la mencionada ausencia de un seguro de salud. Sin embargo, este desequilibrio ha sido compensado con la implementación de la jubilación universal no contributiva, que pasa a constituirse en la mayor fuente de protección social para las personas adultas mayores (57%). Los criterios son los de igualdad y universalidad. Queda pendiente un importante segmento poblacional (18.2%) que paulatinamente será incorporado al sistema. Actualmente son atendidos 625.001 adultos mayores que reciben los servicios prestados por el MIES en cuanto a pensiones no contributivas. (MIES, 2012)

#### **2.5.3 CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas, proceso continuo, universal e irreversible que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo en distintos no son iguales. (OMS, 2010)

En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

## 2.5.4 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

**Universal:** Propio de todos los seres vivos.

**Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

**Heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

**Deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

**Intrínseco:** No debido a factores ambientales modificables.

En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años. (García & Márquez, 2010)

### 2.5.4.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, finalmente las han dividido en dos grandes categorías:

Las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (*teorías estocásticas*), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (*teorías no estocásticas*). (Orgel, 1973)

#### 2.5.4.1.1 TEORÍAS ESTOCÁSTICAS

Engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos. (Orgel, 1973)

#### **2.5.4.1.2 TEORÍA DEL ERROR CATASTRÓFICO**

Esta teoría fue propuesta por *Orgel* en 1963 y modificada por él mismo en 1970. Esta hipótesis postula que, con la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de modificaciones postsintéticas. (Orgel, 1973)

#### **2.5.4.1.3 TEORÍA DEL ENTRECruzAMIENTO**

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro. (Ramu & Amit, 2006)

#### **2.5.4.1.4 TEORÍA DEL DESGASTE**

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento. (Pardo, 2003)

#### **2.5.4.1.5 TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES**

Esta teoría fue propuesta por *Denham Harman* en 1956. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos

por los radicales libres. Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O<sub>2</sub> no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados. (Gutiérrez & Arango, 2012)

Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxidodismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia. Desgraciadamente, faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras. Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías. Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad. (Pardo, 2003)

#### **2.5.4.2 TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS**

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un *gen* único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento. (Pardo, 2003)



#### 2.5.4.2.1 TEORÍA DEL MARCAPASOS

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. (Pardo, 2003)

#### 2.5.4.2.2 TEORÍA GENÉTICA

Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

##### **Evidencias del control genético de la longevidad:**

- Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.
- Existe una mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.
- La relación peso cerebral / peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.
- En los dos síndromes de envejecimiento prematuro (Síndrome de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria.

A nivel celular es conocido el fenómeno de la *apoptosis*, o muerte celular programada. En el hombre, células de piel fibroblastos obtenidas de recién nacido se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre *cese* de la división celular (genes inhibidores). Se sabe también que existen *oncogenes estimuladores* del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa). En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad. (Pardo, 2003)

## 2.5.5 INDEPENDENCIA FUNCIONAL

### 2.5.5.1 FUNCIONALIDAD

La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño), instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales) y avanzadas de la vida diaria (actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos, transporte.). (Toledo, 2000)

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. Dentro de la evaluación integral en geriatría, cabe destacar el concepto de funcionalidad física, psíquica y la valoración integral. Durante la vida temprana se produce el crecimiento y desarrollo; en la vida adulta se mantienen, en general, todas las funciones, pero se producen algunas pérdidas y riesgos, a veces en forma inadvertida; y en la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad. (Soberanes, González, & Moreno, 2009)

Durante el proceso de envejecimiento, se presentan cambios “normales” que es preciso conocer para poder diferenciarlos de procesos capaces de alterar la salud. La *fragilidad*, es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas. (De la Fuente, Quevedo, Jiménez, & Zavala, 2010)

La *discapacidad*, por su parte, es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Así adquiere importancia clínica el estudio de la funcionalidad. (Gutiérrez, 2005)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente. El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. La morbilidad y otros conceptos clásicos de la medicina no sólo son importantes, sino que además los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) exigidos en geriatría son cada vez más altos. La OMS y OPS definen a un adulto mayor

“funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. (OPS, 2011)

El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla. La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, han servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países desarrollados. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y bienestar de la población de adultos mayores. (Grand, Groschalude, Bocquet, Pous, & Albarede, 1990)

La autopercepción de salud es un parámetro válido para la medición del estado de salud. En el adulto mayor ha demostrado, a nivel poblacional, ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios. Estudios longitudinales comprueban que la supervivencia tiene mayor relación con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados con envejecimiento satisfactorio. Además, la autopercepción de salud se relaciona con la mortalidad, independientemente del nivel objetivo de salud. (Soberanes, González, & Moreno, 2009)

#### **2.5.5.2 EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL**

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

La Funcionalidad en el adulto mayor se define en tres componentes

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Las ABVD Miden los niveles más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestir, andar) que constituyen las actividades esenciales para el AUTOCUIDADO.

Son actividades transculturales y casi universales en la especie humana pues se realizan en todas las latitudes y no está influida por factores como el sexo.

Su alteración se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición en la infancia.

Su medida se realiza mediante la observación directa.

En su evaluación se utilizan el INDICE DE KATZ y el INDICE DE BARTHEL.

Las AIVD Miden aquellas funciones más importantes para que una persona permanezca independiente en la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas), es decir aquellas actividades que permiten la RELACIÓN CON EL ENTORNO.

Están muy influidas por el entorno geográfico y cultural.

En muchas sociedades alguna actividad depende del sexo del sujeto evaluado.

Por sus características su medida suele basarse en el juicio y no en la observación.

Son más útiles que las anteriores para detectar los primeros grados de deterioro.

En su evaluación se utiliza la ESCALA DE LAWTON y BRODY.

Las AAVD Tiene que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria; valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos, transporte. Se hace muy difícil elaborar cuestionarios que las valoren de una manera válida y fiable. Sin embargo algunos aspectos se incluyen en la ESCALA DE LAWTON y BRODY. (OPS, 2011)

## **2.5.5.2.1 INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

### **2.5.5.2.1.1 ÍNDICE PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

#### **Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland (Anexo 2)**

Fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

En 1979 Granger publicó una modificación del Índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países. Actualmente en el ámbito internacional existen diferentes versiones con modificaciones en las escalas de puntuación y en el número de ítems. Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebro vascular aguda. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

#### **2.5.5.2.1.1.1 NORMAS DE APLICACIÓN Y PUNTUACIÓN**

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son alimentarse, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100.

La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas)
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia).

Al principio el Índice de Barthel se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar.

Fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Puede ser repetido periódicamente.

Fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

#### **2.5.5.2.1.1.2 VALIDEZ, REPRODUCIBILIDAD Y LIMITACIONES**

Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena reproductibilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente. Aunque no es una escala jerarquizada como el Índice de Katz, las actividades medidas sí tienen una relación jerarquizada de máxima recuperación. En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas. Algunos parámetros concretos del índice como la continencia, elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir una escalera previa a la fractura de cadera en ancianos, son predictores de recuperación funcional tras ella. Existe una buena relación entre el Índice de Barthel y la evaluación realizada por el clínico al alta. Su principal limitación es la dificultad para detectar cambios en situaciones extremas (puntuaciones próximas a 0 a 100) y valora principalmente tareas dependientes

de extremidades inferiores. Estos inconvenientes no resultan problemáticos en la práctica clínica habitual pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación. (Tigrás, Ferreira, & Mejjide, 2011)

#### **2.5.5.2.1.2 ÍNDICE DE KATZ**

##### **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. El Índice de Katz ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes. (Tigrás, Ferreira, & Mejjide, 2011)

##### **2.5.5.2.1.2.1 DESCRIPCIÓN Y NORMAS DE APLICACIÓN**

Evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. En la escala original cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial y dependencia total) pero actualmente ha quedado reducido a dos (dependencia o independencia).

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

A. Independiente en todas sus funciones.

- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

#### **2.5.5.2.1.2.2 FIABILIDAD, VALIDEZ Y LIMITACIONES**

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante.



El Índice de Katz evalúa las actividades básicas de la vida diaria, sin evaluar actividades más avanzadas. A pesar de que el índice Katz ABVD es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores, (esto deberá seguirse por una evaluación geriátrica completa cuando sea apropiado). El índice de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor. (Tigrás, Ferreira, & Meijide, 2011)

#### **2.5.5.2.1.2.3 COMPARACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL Y DE KATZ**

No existen datos suficientes para afirmar que una escala es mejor que otra.

El índice de Barthel tiene mayor sensibilidad a pequeños cambios y mide mayor número de funciones.

Cuando se han comparado ambos índices se ha comprobado que no producen diferencias en la clasificación de dependencia, aunque existe discrepancia en el grado de continencia (en el Barthel se valora continencia anal y vesical) y en la movilidad (el Barthel valora 3 aspectos: transferencia, andar y subir/ bajar escaleras).

Algunos autores opinan que el índice de Barthel es mejor en rehabilitación y en residencias de ancianos mientras que el índice de Katz es mejor para pacientes hospitalizados y su empleo en consultas. (Trigás, 2011)

*En el presente estudio de Investigación se utilizará el índice de Barthel por ser de aplicación más sencilla.*

#### **2.5.5.2.1.3 ÍNDICE PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

##### **Escala de Lawton y Brody. (Anexo 3)**

Constituye una escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una

enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades. (Lawton & Brody, 1969)

#### **2.5.5.2.1.3.1 CARACTERÍSTICAS**

Debe administrarse preguntando de forma personal al paciente o a su cuidador.

Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación. La aplicación tiene un tiempo estimado de administración: 5-10 minutos.

#### **2.5.5.2.1.3.2 VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN**

En cada Actividad Instrumental a valorar se categoriza al adulto mayor como:

Independiente (**I**) es aquel que no requiere asistencia.

Dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (**A**).

Dependiente (**D**) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia.

La puntuación así: I = 2, A = 1, D = 0.

Finalmente se suman los puntajes obteniendo un valor total y se determina el grado de independencia acorde a la siguiente estratificación:

- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
- 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades.
- 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales. (Lawton & Brody, 1969)

#### **2.5.5.2.1.3.3 VALIDEZ, CONFIABILIDAD, MÉRITOS Y LIMITACIONES**

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante. La validez y la confiabilidad de una escala son relativas a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de la escala, cada vez que ésta se aplica por diferentes

personas. El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella. Existen varios tipos de validez y en el caso de la escala de AIDV se ha confirmado que su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos. Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se consideran aceptables. El principal inconveniente de la escala de AIVD radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, donde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. La escala puede y debe ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que los adultos mayores consideran indispensables para poder vivir independientemente en áreas rurales o semirurales. (Pinillos & Prieto, 2012)

## **2.5.6 CALIDAD DE VIDA**

### **2.5.6.1 DEFINICIÓN**

La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. (OMS, 2010)

La calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación en el medio social, en este sentido se la entiende como “la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que se realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito cultural y nacional, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.” De esta definición se desprende el concepto de bienestar como una experiencia de satisfacción que engloba tanto la dimensión biológica, como el conjunto de actividades y relaciones entre los individuos. De esta manera, se concibe la calidad de vida como un constructo constituido por tres aspectos fundamentales: 1. subjetividad (percepción del individuo en cuestión) 2. multidimensionalidad y 3. Presencia de dimensiones positivas (por ejemplo, movilidad) y negativas (por ejemplo, dolor). (Martínez, 2004).

Existe un conjunto de estudios que relacionan calidad de vida con salud y estado subjetivo de salud, centrados en la evaluación del impacto del estado de salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente. De esta manera, la calidad de vida es un concepto subjetivo, objeto de valoraciones de satisfacción personal y social. En tanto sujeto humano, el adulto mayor se va constituyendo en el interjuego de factores que

conforman una compleja trama vincular y social, en el curso de un proceso histórico determinado. (Pérez, G, 2013)

A partir de esta interacción social, activa y multidireccional con el entorno inmediato y mediato y por medio de un proceso de aprendizaje interpersonal, el sujeto se configura en relación con los diferentes grupos de pertenencia que operan como sostén del psiquismo mediante la internalización de las formas de encuentro con el otro y consigo mismo y de un sistema de significaciones sociales que explican la experiencia. De esta manera, en tanto sujeto de la interacción social, actor y participante, va construyendo su propio modelo de relación con el mundo, es decir, va promoviendo un estilo de vida. Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y al posicionamiento personal que adopte frente a este momento de la vida. Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto vital autónomo, en una vía de reconocimiento identificador de su pasado y de la proyección al futuro dentro de una historización de sí mismo. De esta manera, este posicionamiento del adulto mayor se relacionará con su propia historia de interacciones significativas que le permitirá enlazar los modelos de comportamiento ya conocidos a los modelos de hoy. (Camejo, 2011)

En la medida en que el adulto mayor logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas, esta etapa será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social. Si la calidad de vida se relaciona estrechamente con la participación en el medio social, la posibilidad de tener una vida de calidad dependerá de que este sujeto se signifique y resignifique en su condición de “ser social” y no solamente en función de “abuelo”, “viudo”, “enfermo”, y demás significantes que responden a la representación social predominante acerca de la vejez, la cual suele homologar vejez a enfermedad, incapacidad e improductividad. Podemos decir que la *participación social significativa* consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa. (Pszemiarower, 1998)

#### **2.5.6.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL**

La participación social hace referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por a) ayuda material, b) asistencia física, c) compartir pensamientos, sentimientos y experiencias, y d) contactos sociales positivos.

Sin embargo, más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, de amistad y la participación en actividades comunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, y esto implica orientarse a tareas, a cumplir con causas a las cuales se sirve y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social. Diversas investigaciones demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a los que están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse. (OMS, 2010)

Otros estudios muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades; en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida pasivo ante las dificultades. Resumiendo, puede decirse que la calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino de las condiciones del medio ambiente relacional en sentido amplio (integración social, hábitos de vida, grado de alfabetización, uso del tiempo libre), y también del sistema vigente de representaciones sociales acerca de la vejez. (Mochietti, 2000)

Desde esta perspectiva, la edad no determinaría el estado de salud, sino más bien éste se relaciona con la constitución subjetiva particular de cada individuo y la modalidad de relación con su medio ambiente. En referencia a la participación social cabe mencionar los estudios referidos a la relación entre las llamadas *redes sociales de apoyo* y el mantenimiento de la salud y la prevención de situaciones críticas. Por el contrario, la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionada con enfermedades y altos porcentajes en consultas psiquiátricas y psicológicas. (Salavareza, 1998)

Recientes investigaciones demostraron mediante datos empíricos la importancia de la educación permanente para una mejor calidad de vida. Las conclusiones muestran que *“los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos.”* En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. (Muchinik, 1990)

Uno de los criterios para asumirse “viejo” sería el descenso de la participación social y el sentimiento de inutilidad que sobreviene. En cuanto al envejecimiento femenino, es la población de mayor vulnerabilidad, y en especial a las mujeres ancianas como las más vulnerables desde el punto de vista de la calidad de vida. El anciano continúa siendo destinatario de estereotipos negativos y el prejuicio del “*viejismo*” sigue vigente. Si bien las mujeres presentan mayor esperanza de vida con respecto a los hombres, sufren una doble prejuiciación: como mujeres y como viejas. Así, se suman a las significaciones atribuidas al proceso de envejecimiento, las particulares provenientes de la diferencia de género. No obstante, como vimos, la inserción social de los viejos en la sociedad no ha sido estable a través del tiempo, en general la anciana ha tenido que atravesar por el intersticio de la relación integración-exclusión social. Actualmente se observa que si bien la participación social de la mujer se ha extendido hacia medios más amplios, sin embargo, se ve amenazada en la vejez por la exclusión desde ideales estéticos, y por el predominio de una representación social de la vejez connotada negativamente. (Rey, 2011)

Puede decirse que habría actualmente diferentes formas y grados de participación social de la mujer, los cuales supondrían diversos modelos de envejecimiento femenino. Podrían pensarse por lo menos dos modelos de envejecimiento de acuerdo a la participación en el medio social: el *primero*, conformado por aquellas ancianas más orientadas a la interacción y a la participación social, propiciándose la integración al medio como “actor social”, y el *segundo modelo*, representado por las mujeres que adhieran a papel tradicional de ama de casa y abuela donde predominan relaciones sociales restringidas al círculo familiar. Ambas implicarían posiblemente diferentes niveles de calidad de vida: existirían ancianas que llevan un estilo de vida de dependencia y aislamiento social, así como otras que mantienen un grado saludable de autonomía y actividad. El camino hacia una vejez autoválida y activa, requiere de un posicionamiento personal que suponga una resignificación del discurso social actual que vehiculiza una representación social predominantemente negativa. (Fernández Ballesteros & Colaboradores, 2006)

La participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que la anciana posee. Resumiendo, hay creencias compartidas en el orden social diferentes según las culturas, que ofrecen distintos roles sociales y alternativas de acción a las mujeres y que rigen su comportamiento. Más aún, a través del tiempo estos imperativos a menudo se internalizan. La historia del individuo y sus vínculos primarios confluyen con las

determinaciones culturales actuales, en calidad de dimensión constitutiva del sujeto que envejece. (CEPAL, 2012)

Una mayor participación social resultaría de la posibilidad de reaccionar contra las creencias y prejuicios sociales culturalmente impuestos, lo cual convertiría a la mujer en agente de cambio en su propio medio relacional atenuando las connotaciones negativas atribuidas a la vejez y asumidas por quien envejece. De este modo, se apuntalaría una mejora de la calidad de vida. El envejecimiento es, entonces, la continuación de un proceso de modificaciones biológicas, sociales y psicológicas que se estructuran en función del tiempo. El paso de los años supone la necesidad de asumir nuevos roles y por ende resignar otros, pudiendo ser los nuevos tan participativos - o aún más - que los anteriores. En la medida en que la anciana se oriente hacia un estilo de vida con una mejor actualización de sus posibilidades de participación social, cobrará mayor significación el presente de su propia existencia y su proyección al futuro, posibilitando un envejecimiento saludable con calidad de vida. (La Rosa, 2006)

### **2.5.6.3 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**

#### **2.5.6.3.1 INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (MGH) (Anexo 4)**

Una herramienta muy útil es la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH), que es un instrumento, confeccionado y validado en Cuba por *Álvarez, Bayarré y Quintero* utilizado durante su trabajo de investigación de corte transversal denominado “*Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas, Cuba en el año 2007*” publicado en la revista Cubana de Medicina Integral en el año 2011 cuyo objetivo fue identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas, durante el primer semestre de 2007. que consta de 34 afirmaciones, las cuales, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida en el adulto mayor. (Ver Anexo 4) (Dueñas, Barrayé, Triana, & Rodríguez, 2011)

##### **2.5.6.3.1.1 APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN**

La Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH), que es un instrumento, confeccionado y validado en Cuba por *Álvarez, Bayarré y Quintero* consta de 34 afirmaciones, las cuales, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida.

Las 34 afirmaciones se encuentran numeradas y miden:

- Dimensión salud
- Dimensión socioeconómica, afirmaciones
- Satisfacción por la vida

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>ÍTEMS</b>
<b>Salud</b>	Funcionabilidad Física	1,7,12,19
	Funcionabilidad Psíquica	8, 13, 20, 28
	Funcionabilidad Social	2, 14, 21, 26
<b>Condiciones Socioeconómicas</b>	Situación Monetaria	15
	Condiciones de la Vivienda	27, 31
<b>Satisfacción por la vida</b>	Familia	3, 9, 22, 29
	Estados afectivos predominantes	4, 10
	Expectativa de futuro	5, 23, 33
	Apoyo Social	16, 24
	Satisfacción por el presente	6, 11, 17, 18, 25, 30, 32, 34

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son:

- Casi siempre
- A menudo
- Algunas veces
- Casi nunca

Se designó a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva.



De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue:

- Casi siempre: 4 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Algunas veces: 2 puntos
- Casi nunca: 1 punto

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) quedando de la siguiente forma:

- Casi siempre: 1 punto
- A menudo: 2 puntos
- Algunas veces: 3 puntos
- Casi nunca: 4 puntos

Se suman al final todos los puntos y se evalúan los resultados en:

- De 34 a 94 puntos calidad de vida muy baja
- De 95 a 110 puntos calidad de vida baja.
- De 111 a 118 puntos calidad de vida media.
- De 119 a 134 puntos calidad de vida alta.

#### **2.5.6.3.1.1.1 VALIDEZ, CONFIABILIDAD, MÉRITOS Y LIMITACIONES**

La Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH), es de fácil aplicación y puede ser aplicada por personal Médico y de enfermería, es el test de valoración de calidad de vida actualmente más utilizado en cuba, puede ser aplicado directamente frente al paciente o indirectamente por vía telefónica o por uso de internet; al ser aplicada obtiene un coeficiente de correlación de 0.97 y una consistencia interna de 0.91, adecuada validez de criterio, de contenido y de constructo. (*Dueñas, Barrayé, Triana, & Rodríguez, 2011*)

## **2.6 HIPÓTESIS**

El mayor grado de independencia funcional influye mejorado la calidad de vida del adulto mayor.

## **2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES**

### ***Variable Independiente:***

Grado de Independencia Funcional

### ***Variable Dependiente:***

Calidad de vida

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 ENFOQUE**

El enfoque de la investigación es predominantemente cualitativo porque buscó describir el comportamiento de la Calidad de Vida percibida por los pacientes asistentes a los Clubes del Adulto Mayor y cómo se desarrollan sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que denotan su independencia funcional; para ello se recurrió a la utilización de escalas validadas para el efecto.

Dichas escalas evalúan varios ítems que arrojan un valor numérico los cuales serán tabulados mediante el uso de la estadística por lo que la investigación también adopta un enfoque cuantitativo.

#### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación de campo, debido a que se acudió a recabar información en las unidades de salud dependientes de la Dirección Distrital de Salud 18-D01 del Cantón Ambato que cuentan con un Club del Adulto Mayor, obteniéndose la información necesaria para la investigación mediante contacto directo con la población partícipe de la investigación.

También es una investigación bibliográfica por se recurrió a fuentes bibliográficas impresas y digitales que han servido de soporte para el desarrollo del marco teórico de la investigación.

#### **3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se trata de una investigación en salud de tipo descriptivo porque se analizó factores asociados al Grado de Independencia Funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) además aquellos factores asociados a la Calidad de Vida en el Adulto Mayor y porque la recolección de datos se obtuvo mediante la aplicación de un instrumento tipo encuesta.

Es una investigación transversal porque los datos se tomaron en un momento y tiempo definido y finalmente es correlacional porque estimó que ambas variables se conjugaran entre sí para obtener los resultados de la investigación.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población en estudio para esta investigación abarcó los pacientes que asistieron a los “Clubes del Adulto Mayor” de las Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del cantón Ambato en el período febrero – marzo 2014, a quienes se le realizó una convocatoria para obtener datos válidos para la investigación mediante aplicación de instrumentos validados, en coordinación con los Directores de cada unidad de salud.

Existiendo Clubes del Adulto Mayor en las siguientes unidades de salud y asistiendo el siguiente número de sujetos:

- *Ingahurco* con 10 miembros.
- *Cunchibamba* con 16 miembros.
- *Augusto N. Martínez* con 12 miembros.
- *Quisapincha* con 30 miembros.
- *Izamba* con 12 miembros.
- *Atahualpa* con 22 miembros.
- *Dirección Distrital 18D01* con 15 miembros.

En total 117 Adultos Mayores.

#### **3.4.1 MUESTRA**

Se trabajó con la totalidad de 117 adultos mayores asistentes a los Clubes del Adulto Mayor pertenecientes a la Dirección Distrital 18D01 en los días de convocatoria pues todos los individuos cumplieron con las condiciones establecidas para la investigación.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyeron en la investigación:

Pacientes adultos mayores definidos según el Artículo 37 de la Constitución del Ecuador como población igual o mayor a 65 años de edad miembros del Club del Adulto Mayor de cada unidad de Salud perteneciente a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón

Ambato, quienes asistieron a los días en que se realizó la convocatoria y accedieron voluntariamente a formar parte de la investigación mediante la recolección de datos y aplicación de instrumentos válidos para la investigación, previa firma del correspondiente consentimiento informado (Ver Anexo 1).

### **3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron de la investigación:

- Aquellos pacientes que no asistieron previa convocatoria al Club del Adulto Mayor en los días en que se recogió la información.
- Aquellos pacientes asistentes al Club del Adulto Mayor y que no deseen ser parte de la población sujeto de la investigación y que no consientan la aplicación de los instrumentos utilizados para la recolección de información necesaria para la investigación.
- Aquellos pacientes que deseen beneficiarse económicamente de esta investigación.

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE: *Independencia Funcional*

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La percepción La capacidad del sujeto para realizar en mayor medida solo y sin asistencia de otras personas o instrumentos de ayuda las:</p> <p>*Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD)</p> <p>*Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)</p> <p>*Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)</p>	<p>Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</p>	<p>Comida</p> <p>Aseo</p> <p>Vestido</p> <p>Arreglo</p> <p>Deposición</p> <p>Micción</p> <p>Ir al retrete</p> <p>Traslado cama/sillón</p> <p>Deambulaci3n</p> <p>Subir y bajar escaleras</p>	<p>¿Come solo, con ayuda?</p> <p>¿Se asea solo, con ayuda?</p> <p>¿Se viste sólo, con ayuda?</p> <p>¿Se arregla sólo, con ayuda?</p> <p>¿Es continente, es incontinente, presenta accidente ocasional?</p> <p>¿Va sólo al retrete, necesita ayuda o usa pañal?</p> <p>¿Se traslada solo, con ayuda, vive postrado?</p> <p>¿Deambula si ayuda, con ayuda, utiliza silla de ruedas, vive postrado?</p> <p>¿Utiliza las escaleras solo, con ayuda, no las usa?</p>	<p>Test</p> <p><i>Índice de Barthel</i> (evaluaci3n de las Actividades Básicas de la Vida Diaria)</p>

	<p>Actividades Instrumentales y avanzadas de la Vida Diaria</p>	<p>Capacidad para utilizar el teléfono</p> <p>Ir de Compras</p> <p>Preparación de la Comida</p> <p>Cuidados de la casa</p> <p>Lavado de la Ropa</p> <p>Uso de medios de transporte</p> <p>Responsabilidad en la medicación</p> <p>Capacidad de utilizar el dinero</p>	<p>¿Utiliza el teléfono por iniciativa propia, sólo contesta pero no marca, no lo usa?</p> <p>¿Realiza compras solo, necesita compañía, es incapaz?</p> <p>¿Planea, prepara y sirve comidas adecuadas, necesita ayuda, necesita alguien que le prepare sus comidas?</p> <p>¿Realiza tareas domésticas solo o con ayuda ocasional, realiza tareas domésticas ligeras, necesita ayuda en todas las tareas de la casa, no realiza ninguna tarea doméstica?</p> <p>¿Realiza sólo el lavado de la ropa personal, necesita ayuda, no puede lavar su ropa?</p> <p>¿Conduce su automóvil, viaja en transporte público solo, solo usa taxi, no viaja?</p> <p>¿Es responsable de su medicación en horarios y dosis?</p> <p>¿Maneja asuntos financieros solo, necesita ayuda, es incapaz de manejar sus finanzas?</p>	<p><i>Escala de Lawton y Brody</i> (Evaluación de las Actividades instrumentales de la Vida Diaria)</p>
--	---	---	--	---

	Actividades Avanzadas de la Vida Diaria	Integración social Integración comunitaria (difícil valoración)	Ocio Juego Esparcimiento Entretenimiento Religión	Ítems Incluidos <i>en Escala de Lawton y Brody</i>
--	--	---	---	--



- **VARIABLE DEPENDIENTE:** *Calidad de vida*

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones</p>	<p>Percepción del Estado de Salud</p>	<p>Funcionabilidad Física</p> <p>Funcionabilidad Psíquica</p> <p>Funcionabilidad Social</p>	<p>¿Realiza las actividades físicas que otras personas de su edad pueden hacer?</p> <p>¿El estado de salud le permite realizar por sí mismo las actividades cotidianas?</p> <p>¿Puede desplazarse solo?</p> <p>¿Puede atenderse por sí solo?</p> <p>¿Puede leer; y lo hace a menudo?</p> <p>¿Aprende nuevas cosas?</p> <p>¿Está nervioso o inquieto?</p> <p>¿Ha pensado quitarse la vida?</p> <p>¿Puede hacer mandados?</p> <p>¿Puede usar transporte público?</p> <p>¿Se siente capaz de cuidar de sus nietos (si los tiene)?</p> <p>¿Sale a distraerse?</p>	<p>Test</p> <p><i>Instrumento para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH) validada y confeccionada por Álvarez, Bayarré y Quinteros (Cuba).</i></p>

	Condiciones Socio económicas	Situación Monetaria	¿Su situación monetaria le permite cubrir sus necesidades?	
		Condiciones de la Vivienda	¿La vivienda está en buenas condiciones y es cómoda para sus necesidades?	
	Satisfacción por la vida	Familia	¿La familia lo quiere y respeta? ¿Es importante para su familia? ¿Expresa a su familia lo que piensa y siente? ¿Se lo tiene en cuenta en decisiones familiares?	
		Estados afectivos predominantes	¿El estado de ánimo es favorable? ¿Se siente sólo y desamparado?	
		Expectativa de futuro	¿Tiene confianza y seguridad frente al futuro? ¿Tiene planes para el futuro? ¿Sus creencias le dan seguridad para el futuro? ¿Tiene aspiraciones y planes para el futuro?	

	Satisfacción por la vida	<p>Apoyo Social</p>          <p>Satisfacción por el presente</p>	<p>¿La familia ayuda a resolución de sus problemas?          ¿Mantiene relaciones con amigos y vecinos?</p> <p>¿Con la jubilación su vida perdió sentido?          ¿Su vida es aburrida y monótona?          ¿Ha logrado realizar sus aspiraciones?          ¿Está satisfecho con sus condiciones socioeconómicas y de vivienda?          ¿Es feliz con la vida que ha construido?          ¿Se considera una persona útil?          ¿Su estado de salud le permite disfrutar de su vida?          ¿Es feliz con la vida que lleva?</p>	
--	--------------------------	--	---	--

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Para el desarrollo del estudio se explicó a los pacientes miembros del Club del Adulto Mayor de cada unidad de Salud perteneciente a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato los detalles y objetivos de la investigación.

Se obtuvo la información necesaria para la investigación mediante la aplicación de Instrumentos validados para la realización de la misma; con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad no se permitió por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas al proyecto.

Adicionalmente se indicó a todos los pacientes que es una decisión personal incluirse o retirarse de la investigación si ellos lo creen conveniente. Por lo que su participación en la investigación dependió de su aprobación mediante la firma del consentimiento informado (Ver Anexo1).

### **3.8 PLAN RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Partiendo de que el objetivo de la investigación fue indicar como influye la Independencia Funcional en la Calidad de Vida en el Adulto; se siguió el siguiente proceso:

- Se determinó a los sujetos de investigación: pacientes que acuden a los Clubes del Adulto Mayor de las Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se elaboró un formulario en el cual se recabó datos necesarios para la investigación entre ellos: edad, sexo, escolaridad, estado civil, etnia y enfermedad crónica subyacente. (Ver Anexo 2)
- Mediante investigación bibliográfica se seleccionó los instrumentos válidos y útiles para la investigación; siendo los siguientes:
  - *Índice de Barthel* (Instrumento para la valoración de la independencia funcional al realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria). (Ver Anexo 2)
  - *Escala de Lawton y Brody* (Instrumento para la valoración de la independencia funcional al realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria). (Ver Anexo 3)

- *Instrumento para la evaluación de la Calidad de Vida (MGH)* confeccionada y validada por Álvarez, Bayarré y Quintero en Cuba en el año 2013. (Ver Anexo 4)
- Para recolectar la información necesaria para la investigación se obtuvo los permisos y consentimientos respectivos del Director Encargado de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua Dr. Byron Amaluisa y de la Directora de la Dirección Distrital de Salud 18D01 del Cantón Ambato Dra. Laura Narváez.
- Una vez obtenida las correspondientes autorizaciones se realizó en coordinación con cada uno de los directores de cada Unidad de Salud de Salud una convocatoria a los pacientes miembros de los Clubes del Adulto para la recolección de datos y aplicación de instrumentos válidos para la realización de la investigación, se les indicó el lugar, la fecha y hora.
  - **Dirección Distrital 18D01**, convocatoria del jueves 13 de febrero del 2014 a las 14h00; junto a la coordinación de la Dra. Cecilia Córdova.
  - **Atahualpa**, convocatoria del sábado 15 de febrero del 2014 14h00, junto a la coordinación de la Dra. Silvana Vásconez.
  - **Ingahurco**, convocatoria realizada el viernes 21 de febrero a las 14h00; junto a la coordinación del Dr. Miguel Proaño
  - **Cunchibamba**, convocatoria realizada el miércoles 26 de febrero a las 14h00, junto a la coordinación de la Dra. Anahí Mantilla.
  - **Augusto N. Martínez**, convocatoria realizada del sábado 15 de marzo del 2014 a las 14h00; junto a la coordinación del Dr. Hernán Villacís.
  - **Quisapincha**, convocatoria realizada el miércoles 19 de marzo a las 14h00 junto a la coordinación de la Dra. Lorena Santana.
  - **Izamba**, convocatoria realizada el miércoles 26 de marzo a las 14h00, junto a la coordinación de la Dra. Martha Pérez.
- La aplicación de estos instrumentos y recolección de información la realizó de forma personal el investigador en contacto directo con cada uno de los pacientes; por una sola ocasión en las Instalaciones de cada una de las Unidades de Salud; con un tiempo estimado de 10 minutos por paciente.

### 3.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se siguió el siguiente proceso:

- Tanto el formulario para recolección de datos y los instrumentos aplicados en los sujetos que formaron parte de la investigación fueron llenados por completo y

evaluados en cuanto a su integridad, para luego ser introducidos en una base de datos creada en el programa Microsoft® Excel 2010.

- Para los aspectos demográficos de edad, sexo, escolaridad, estado civil y etnia; y para la presencia de enfermedad crónica subyacente se establecieron análisis de frecuencias, promedios y porcentajes; igualmente se determinó la distribución geográfica de la población estudiada.
- Con la aplicación de los instrumentos válidos para la investigación se determinó en la población estudiada:
  - Grado de independencia funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
  - Grado de independencia funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
  - Calidad de vida.
- Se realizó el cruce de variables Independencia Funcional y Calidad de Vida para establecer la influencia de la variable independiente sobre la dependiente se realizó un análisis descriptivo de los datos, junto con la elaboración de gráficos y tablas, para una mejor interpretación
- Luego se utilizó el programa IBM™ SPSS Statistics 20 (Statistical Package for Social Sciences) que es un sistema de análisis estadístico y gestión de datos con el que se realizó la tabulación de los resultados, realizándose la prueba de Fisher y regresión lineal para determinar la relación que existen entre independencia funcional y calidad de vida en el adulto mayor.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La investigación incluyó 117 pacientes asistentes a los clubes del adulto mayor perteneciente a la Dirección Distrital de Salud 18D01 quienes cumplieron los criterios de inclusión; los mismos fueron entrevistados para la recolección de datos y aplicación de instrumentos entre el mes de febrero - marzo 2014. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico IBM™ SPSS Statistics 20.

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

##### 4.1.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes asistentes a los clubes del adulto mayor de las Unidades de Salud perteneciente a la Dirección Distrital de Salud 18D01 del cantón Ambato en el período febrero – marzo 2014, quienes cumplieron los criterios de inclusión para formar parte de la investigación.

**Tabla 1 Distribución pacientes de los Clubes del Adulto Mayor. Dirección Distrital de Salud 18D01 Ambato febrero –marzo 2014**

Unidad de Salud	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Ingahurco	10	8,5
Cunchibamba	16	13,7
Martínez	12	10,3
Quisapincha	30	25,6
Atahualpa	22	18,8
Izamba	12	10,3
Distrito 18D01	15	12,8
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

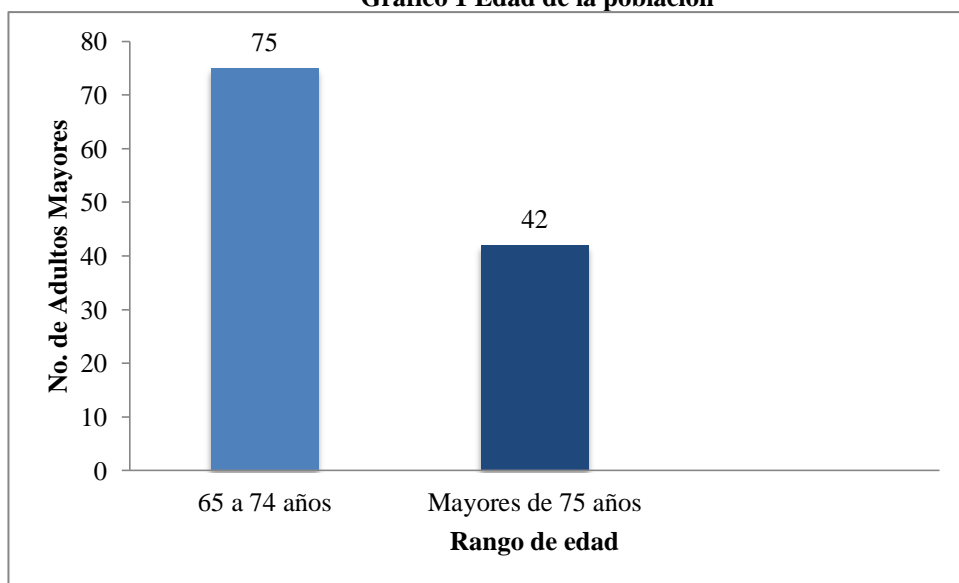
FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

Se trabajó en total con 117 adultos mayores observando que en el Club del Adulto Mayor de Quisapincha existe una mayor concurrencia de adultos mayores, en comparación a los otros clubes de las demás unidades de salud. Durante la recolección de datos se evidenció que en esta unidad de salud existe una mayor organización respecto a las actividades que se realizan con los adultos mayores. Esto sugiere que se deben implementar en los demás clubes del adulto mayor nuevas y mejores estrategias encaminadas a la mayor captación de pacientes para que éstos asistan continuamente a los clubes, igualmente se debe optimizar las actividades que deben realizarse en dichos clubes, para lograr una asistencia continua teniendo como objetivo el mejoramiento de su funcionalidad físico cognitiva y por ende de su calidad de vida.

#### 4.1.2 EDAD

**Gráfico 1 Edad de la población**



**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

**Tabla 2 Edad de la población**

Rango de edad	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
65 a 74 años	75	64
Mayores de 75 años	42	36
<b>Total</b>	117	100

**FUENTE:** Base de datos

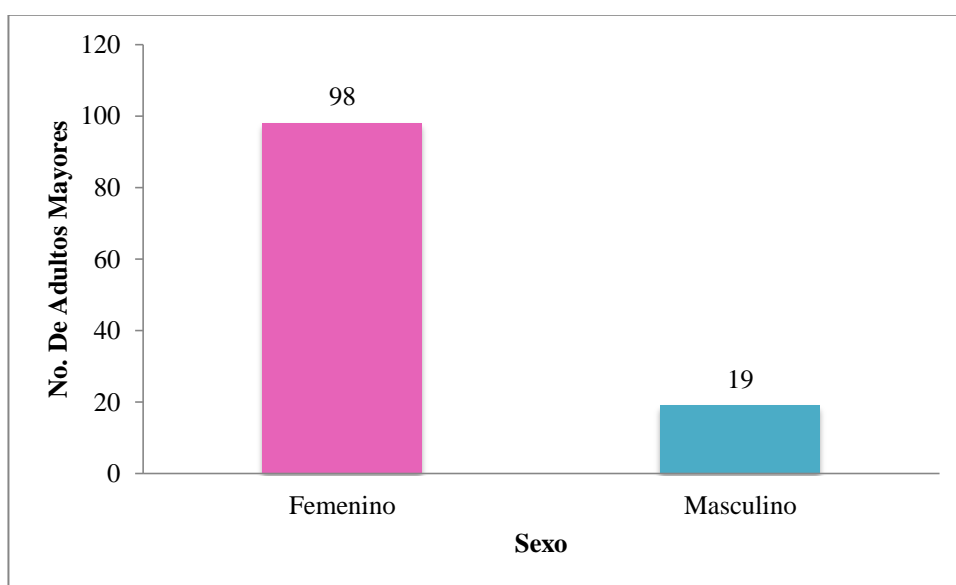
**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes



En el gráfico 1 y tabla 2 se esquematiza la distribución de la edad de la población que formó parte de la investigación, los adultos mayores con edad comprendida de 65 a 75 años que suman una proporción del 64% de la población total, tuvieron una mayor participación dentro del club del adulto mayor; lo que podría considerarse una edad adecuada para realizar un intervencionismo preventivo eficaz debido a su mayor colaboración e interés participativo.

#### 4.1.3 SEXO

**Gráfico 2 Sexo de la población**



**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

**Tabla 3 Sexo de la población**

Sexo	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Femenino	98	84
Masculino	19	16
<b>Total</b>	117	100

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

En el gráfico 2 y tabla 3 se observa la distribución del sexo de la población participante de la investigación, se constató una mayor participación del género femenino con 98 adultas mayores (84%); esto se atribuye presumiblemente al rol laboral que se presenta en esta generación poblacional donde la mujer ocupa su tiempo en labores del hogar,

mientras que el hombre copa su horario en actividades laborales lo que disminuiría su concurrencia a consulta médica. Esta situación sugiere que se implemente estrategias encaminadas a la captación y participación del sexo masculino en los clubes del adulto mayor.

#### 4.1.4 ESTADO CIVIL

En la tabla 4 se observa que hay mayor proporción de adultos mayores viudos con 47 individuos (34%) y casados 45 individuos (33%).

**Tabla 4 Estado Civil de la Población**

Estado civil	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Soltero	19	14
Casado	45	33
Unido	1	1
Divorciado	5	4
Separado	19	14
Viudo	47	34
<b>Total</b>	117	100

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Resulta indispensable considerar que la pareja constituye el pilar de apoyo fundamental frente a ciertos cambios propios del envejecimiento en lo que respecta a la ayuda mutua y estado afectivo, caso contrario la pérdida de ésta fuente de sostén constituiría un factor de riesgo agravante para el deterioro de su calidad de vida.

Tal y como se evidencia en la investigación transversal descriptivo “Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia Matanzas” de la autora Dueñas Dianelis realizada en Cuba en 2007 donde concluye que los adultos mayores sin pareja tienen un 25.4 por ciento de baja satisfacción por la vida contra un 14.6 por ciento de los con pareja. (Dueñas, D.; Barrayé, H.; Triana, E.; Rodríguez, V., 2009)

#### 4.1.5 ESCOLARIDAD

La tabla 5 resume que la población que formó parte del estudio presentó una escolaridad baja donde 32 adultos mayores (27%) se identificaron como analfabetos y 68 adultos mayores (58%) cursaron la educación primaria, concluyéndola solo 41 individuos (35%).

Tomando en cuenta que una baja escolaridad está en relación directa a un bajo nivel sociocultural cultural que limita el acceso a fuentes sustentables de trabajo, lo que constituye un factor de riesgo importante para desarrollar un bajo nivel de calidad de vida.

**Tabla 5 Nivel de escolaridad de la población**

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeto	32	27
Primaria incompleta	27	23
Primaria completa	41	35
Secundaria	13	11
Superior	4	4
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Teniendo en cuenta esta situación el gobierno ha tomado cartas en el asunto con la implementación de programas de alfabetización comunitarios con el objetivo de erradicar el analfabetismo en este grupo etario.

#### 4.1.6 ETNIA

**Tabla 6 Etnia de la población**

<b>Etnia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	104	89
Indígena	12	10
Negra	1	1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

En la tabla 6 se muestra que 104 adultos mayores (89%) se auto identificaron como mestizos, 12 (10%) se auto identificaron como indígena; esto se correlaciona con la distribución geográfica de la población estudiada.

#### 4.1.7 PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Durante la investigación se consultó a los adultos mayores acerca de la presencia o no de enfermedades crónicas degenerativas; 20 personas (17%) manifestaron estar sanas, mientras 97 personas (83%) manifestaron presentar una o más enfermedades, detallándose en el siguiente apartado.

**Tabla 7 Enfermedades Crónico Degenerativas Adultos Mayores**

<b>Enfermedad</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes Mellitus	48	49
Hipertensión Arterial	16	17
Osteoartrosis	28	29
Otras enfermedades	5	5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Teniendo en cuenta que 97 adultos mayores fueron quienes presentaron algún tipo de enfermedad crónica degenerativa; en el gráfico 7 se esquematiza que las enfermedades con mayor prevalencia en los clubes del adulto mayor fueron la diabetes mellitus 49%, osteoartrosis 29% e hipertensión arterial 17%. Lo que sugiere se establezca medidas encaminadas al control y seguimiento de estas patologías ya que la progresión de éstas deterioran notablemente el estado funcional y de salud del adulto mayor deteriorando notablemente su calidad de vida.

#### 4.2 INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Como se explicó anteriormente en el marco teórico la funcionalidad en el adulto mayor se define en tres componentes:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)** que abarca los niveles más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestir, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Para su valoración en investigación se utilizó el **ÍNDICE DE BARTHEL** (Ver Anexo 2).
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** que miden aquellas funciones más importantes para que una persona permanezca independiente en la

comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas), es decir aquellas actividades que permiten la relación con el entorno. Para su valoración en la investigación se utilizó la **ESCALA DE LAWTON Y BRODY** (Ver Anexo 3).

- **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)** que tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria; valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos, transporte. Sin embargo se hace muy difícil elaborar cuestionarios que las valoren de una manera válida y fiable, algunos aspectos se incluyen en la ESCALA DE LAWTON y BRODY. (OPS, 2011)

#### 4.2.1 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Para el efecto se utilizó el Índice de Barthel (Ver Anexo 2).

Esta escala permitió valorar la autonomía de los adultos mayores para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras. Para aquello se aplicó el instrumento de forma personal a cada uno de los pacientes con un tiempo estimado de cinco minutos. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

##### 4.2.1.1 ALIMENTACIÓN

**Tabla 8 Actividad Alimentarse (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	117	100
Necesita Ayuda	0	0
Dependiente	0	0
<b>Total</b>	117	100

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 8 indica que todos los adultos mayores presentan una total independencia en la actividad de comer, es decir se alimentan solos y sin ningún tipo de ayuda. Constituyendo la actividad con menor grado de dependencia que presentaron los adultos mayores.

#### 4.2.1.2 BAÑO

**Tabla 9 Actividad Bañarse (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	113	96,5
Dependiente	4	3,5
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

En la tabla 9 se muestra que la mayoría de adultos mayores (113 individuos) son independientes para realizar su aseo personal y que sólo 4 adultos mayores (3,5%) necesitan algún tipo de ayuda para realizar esta actividad (bañarse sólo, entrar y salir sólo del baño).

#### 4.2.1.3 VESTIDO

**Tabla 10 Actividad Vestido (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	114	97,4
Necesita ayuda	2	1,7
Dependiente	1	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

En la tabla 10 se muestra que la mayoría de adultos mayores (114 individuos) son independientes para realizar la actividad de vestirse y sólo 3 adultos mayores (2,6%) necesitan algún tipo de ayuda para esta actividad.

#### 4.2.1.4 ARREGLO PERSONAL

Tabla 11 Actividad Arreglo (ABVD)

Grado de Independencia	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Independiente	113	96,5
Dependiente	4	3,5
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 11 muestra que solo 4 adultos mayores (3,5%) necesitan algún tipo de ayuda en su arreglo personal (peinarse, cortarse la uñas) y la mayoría (113 individuos) son independientes.

Todas estas actividades mencionadas: aseo, vestido y arreglo personal puede relacionarse con la pérdida de su motricidad fina y gruesa en el adulto mayor, asociadas tal vez a la presencia de algún tipo de limitación como la osteoartritis, secuela de ECV u otra limitación como el Alzheimer.

#### 4.2.1.5 CONTROL DE ESFÍNTERES

Tabla 12 Control de Esfínteres (ABVD)

Grado de Continencia	Micción		Deposición	
	No. Adultos Mayores	Porcentaje	No. Adultos Mayores	Porcentaje
Contigente	69	59	116	99,1
Accidente Ocasional	47	40,2	1	0,9
Incontinente	1	0,8	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 12 muestra que respecto al control de esfínteres, el reflejo miccional es el más afectado, dado que 47 adultos mayores (40,2%) presentan algún grado de incontinencia urinaria. Este hecho puede asociarse al padecimiento de *cistocele*, considerando que la

mayoría de adultos mayores que formaron parte de la investigación resultaron ser mujeres 84%.

#### 4.2.1.6 IR AL RETRETE

**Tabla 13 Actividad ir al retrete (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	114	97,4
Necesita ayuda	3	2,6
Dependiente	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 13 muestra que sólo 3 adultos mayores que representa un bajo número de la población de estudio presentan dificultad para ir al retrete; asociado tal vez a problemas en la deambulación o acceso al cuarto de baño.

#### 4.2.1.7 TRASLADO CAMA/SILLÓN

**Tabla 14 Actividad traslado cama/sillón (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	88	75,2
Mínima ayuda	29	24,8
Gran ayuda	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

En la tabla 14 se aprecia que 29 adultos mayores manifestaron presentar dificultad para su traslado cama/sillón; muchos de ellos manifestaron presentar esta limitación por no contar con la misma fuerza física de antes; padecer dolores a nivel de las articulaciones de cadera, rodillas y columna.



#### 4.2.1.8 DEAMBULACIÓN

**Tabla 15 Actividad Deambulaci3n (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	90	77
Necesita ayuda	27	23
Independiente en silla de ruedas	0	0
Dependiente	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Pa3l Ballesteros Reyes

La tabla 15 muestra que 27 adultos mayores manifestaron presentar dificultad para su deambulaci3n se evidenci3 que varios de ellos utilizaban instrumentos para ayudarse en su deambulaci3n como bastones, andadores e incluso la ayuda de otra persona.

#### 4.2.1.9 SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

**Tabla 16 Subir y bajar escaleras (ABVD)**

<b>Grado de Independencia</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Independiente	77	65,8
Necesita ayuda	40	34,2
Dependiente	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Pa3l Ballesteros Reyes

La tabla 16 que 40 adultos mayores necesitan ayuda para subir y bajar escaleras constituyendo una de las actividades b3sicas que presenta mayor limitaci3n.

Todas estas actividades b3sicas mencionadas: ir al retrete, traslado cama/sill3n deambulaci3n, subir y bajar escaleras, englobadas dentro de la movilidad, presentan un deterioro importante con forme avanza la edad del adulto mayor pues se torna m3s fr3gil

debido a varias causas como la presencia de osteoartrosis, antecedentes de caídas o riesgo de sufrir accidentes al movilizarse en su propio hogar; siendo necesario prevenir el deterioro físico funcional del adulto mayor con actividades encaminada a la conservación de su funcionalidad, así como en adecuar en mayor medida la vivienda con accesorios que faciliten su movilidad como por ejemplo barandales que sirvan de apoyo al desplazarse por las escaleras o en el cuarto de baño; que también puede adecuarse con moquetas para evitar accidente por caídas.

#### **4.2.2 GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

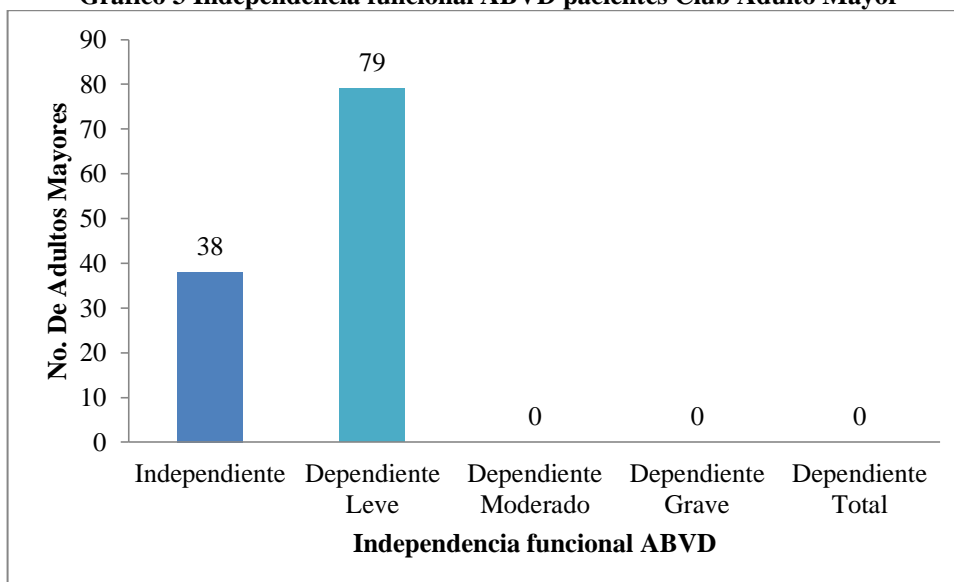
Luego de aplicar la escala de Barthel (Ver Anexo 2) de manera personal a cada uno de los sujetos de la investigación, el instrumento fue revisado y evaluado en toda su integridad, se asignó los puntajes correspondientes a cada actividad básica de la vida diaria evaluada como indica en el mismo instrumento.

Se sumó todos los puntajes parciales para obtener un valor cuantitativo total y acorde a este puntaje se determinó el Grado de Independencia Funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, que según puntuación de la escala de Barthel se estratifica así:

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas)
- Dependiente leve:  $\geq 60$
- Dependiente moderado: 40-45
- Dependiente grave: 20-35
- Dependiente total:  $< 20$

Los resultados se muestran esquematizados a continuación:

**Gráfico 3 Independencia funcional ABVD pacientes Club Adulto Mayor**



**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

**Tabla 17 Independencia funcional ABVD pacientes Club Adulto Mayor**

Grado de Dependencia Funcional ABVD	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Independiente	38	32
Dependiente Leve	79	68
Dependiente Moderado	0	0
Dependiente Grave	0	0
Dependiente Total	0	0
<b>Total</b>	117	100

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

La dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico y, en algunas instancias, el único síntoma.

El gráfico 3 y la tabla 17 muestran que 38 adultos mayores (32%) resultaron independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); mientras que 79 adultos mayores (68%) presentaron un grado de dependencia leve para realizar las

actividades básicas de la vida diaria (ABVD). No se encontraron adultos mayores con dependencia moderada, grave y total.

Se constató que las actividades más afectadas son aquellas que implican esfuerzo físico y equilibrio como son: subir y bajar escaleras 34,2%, traslado cama/sillón 23% y deambulación 24,8%; esta limitación se presenta por igual en ambos sexos y responde al deterioro osteomuscular propio del paso de los años y relacionado con algún tipo de patología principalmente osteoartritis y antecedentes de traumas. Implica la utilización de artefactos para movilizarse e incluso el cuidado de otras personas.

Igual mente se observa deterioro en la continencia miccional 41% marcado mayormente en las mujeres relacionada principalmente con el padecimiento de cistocele; entidad con mayor prevalencia en mujeres con múltiples gestas.

Este deterioro funcional puede afectar considerablemente la calidad de vida ya que el adulto mayor deja de valerse por sí solo al realizar estas actividades que lo permiten vivir plenamente.

#### **4.2.3 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

Se utilizó la Escala de Lawton y Brody (Ver Anexo 3) que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

Se la aplicó mediante pregunta directa al adulto mayor con un tiempo estimado de 5 minutos.

La puntuación de esta escala va de 0 (inactivos, no realizan ninguna actividad instrumental) a 8 (muy activos, actividades instrumentales completas) según la estratificación.

##### **4.2.3.1 CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO**

En el actual mundo globalizado la necesidad estar comunicados es cada vez más urgente y el uso del teléfono, más aún del teléfono celular que ha pasado de ser un lujo a convertirse en una necesidad en la población general, incluyendo lógicamente al adulto mayor; quienes han utilizan este medio de comunicación mayormente por factores como

el mismo el hecho de vivir solos, la migración de familiares para recepción de remesas principalmente, y el realizar trámites telefónicos (referentes a la seguridad social por ejemplo) algo muy común en la actualidad.

**Tabla 18 Uso del teléfono (AIVD)**

<b>Uso del teléfono</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Iniciativa propia	37	31,6
Marca bien números familiares	10	8,6
Contesta pero no marca	37	31,6
Incapaz de utilizar	33	28,2
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Sin embargo este artefacto no era de uso común en épocas anteriores sobretodo en el sector rural. Por tal razón en la tabla 18 se muestran diferencias en la utilización del teléfono por parte del adulto mayor; pues si bien 37 adultos mayores manifestaron utilizar el teléfono por iniciativa propia, un número igual de individuos manifestaron que están en capacidad de solo contestar llamadas, mientras 33 manifestaron no utilizarlo en absoluto.

#### **4.2.3.2 COMPRAS**

**Tabla 19 Realizar compras (AIVD)**

<b>Capacidad para realizar las compras</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Realiza todas las compras necesarias	40	34,2
Realiza compras pequeñas	64	54,7
Necesita compañía	10	8,5
Incapaz de comprar	3	2,6
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 19 muestra que los adultos mayores investigados aún están en capacidad de realizar compras; sin embargo más de la mitad de los individuos al acudir ya sea a un supermercado sólo pueden adquirir abastos en pequeña cantidad, necesitando la ayuda de otra persona para la adquisición de una mayor cantidad de pues manifestaron presentar problemas para el traslado de dichos productos, e igualmente tomarlos de percheros o levantarlos del piso.

#### 4.2.3.3 PREPARACIÓN DE LA COMIDA

La tabla 20 muestra que uno de cada cuatro adultos mayores manifestaron que necesitan asistencia de otra persona para la preparación de los alimentos.

**Tabla 20 Comida (AIVD)**

<b>Capacidad para preparar la comida la comida</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Prepara y sirve solo adecuadamente	84	71,8
Prepara si le dan ingredientes	20	17,1
Prepara pero no sigue dieta adecuada	7	6
Necesita que se la preparen	6	5,1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Es pertinente tomar en cuenta factores tal como el sexo, ya que los varones generalmente son atendidos por alguna persona cercana o en caso de convivir con algún familiar, amigo o incluso si disponen de algún personal de servicio; pues suele suceder lo contrario sucede con las mujeres quienes en su rol de amas de casa tienen como una de sus actividades la preparación de los alimentos.

También debe tomarse en cuenta la forma en que se preparan los alimentos, el tipo de dieta que mantiene el adulto mayor, ya sean alimentos preparados dentro de casa o si se alimentan fuera de ésta; ya que una mala alimentación conllevaría a una mala nutrición del individuo, ocasionando que su estado de salud se deteriore y por tal motivo presente deterioro de su calidad de vida.

#### 4.2.3.4 CUIDADO DE LA CASA

La tabla 21 esquematiza que el 70% de los adultos mayores encuestados manifestaron que referente al cuidado de la casa están en capacidad solo de realizar tareas ligeras que implican una limpieza no adecuada respecto al cuidado del hogar.

Esta situación puede relacionarse principalmente con el deterioro físico funcional presente en el adulto mayor producto de su avanzada edad y presencia de enfermedades degenerativas como la osteoartrosis; pues varias actividades dentro del hogar implican esfuerzo físico para levantar y movilizar objetos pesados inclusive el uso mismo de artefactos de aseo.

Tabla 21 Cuidado de casa (AIVD)

Capacidad para cuidar la casa	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Mantiene la casa solo (ayuda ocasional trabajos pesados)	35	30
Tareas ligeras (lava platos, tiende camas)	40	34,2
Tareas ligeras (no limpieza adecuada)	18	15,3
Necesita ayuda en labores de casa	22	18,8
No realiza labores de casa	2	1,7
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

Igualmente se debe tomar en cuenta el nivel sociocultural de cada individuo, pues la pulcritud de cada persona conlleva a que mantenga su hogar en buenas condiciones de aseo; igualmente si el adulto mayor dispone de personal de servicio quienes se encargarían de las labores del hogar.

#### 4.2.3.5 LAVADO DE ROPA

Respecto al lavado de ropa en la tabla 22 se muestra el 101 de los adultos mayores (86,3%), manifestaron lavar ropa de todo tipo y pequeña; mientras que el resto manifestaron no lavar prendas en absoluto.

**Tabla 22 Lavado de ropa (AIVD)**

Capacidad para lavar ropa	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Lava solo toda la ropa	55	47
Lava sólo ropa pequeña	46	39,3
No lava	16	13,7
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Respecto a la evaluación de esta actividad mientras se aplicó el instrumento de manera individual, se consultó a los adultos mayores acerca de la disponibilidad o no de electrodomésticos que facilitan el lavado de ropa, la forma en que realizaban la actividad, la disponibilidad de servicios básicos de electricidad y agua potable e incluso si obtienen ayuda de asistentes domésticos que se encargan de esta actividad.

Entre los factores a considerar para no realizar esta actividad tenemos principalmente cambios degenerativos de la edad principalmente la artrosis; otros factores a considerar el sí viven solos o en compañía y son el sexo ya que como se mencionó antes las mujeres suelen ocuparse de las labores del hogar

#### **4.2.3.6 USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

La manera en como los adultos mayores utilizan los medios de transporte cobran importancia por la necesidad de movilizarse debido a la geografía de la ciudad de Ambato y las distancias que existentes entre el centro de la ciudad y las parroquias donde se hallan las unidades de salud que formaron parte de la investigación por motivos laborales y de comercio.

**Tabla 23 Uso medios de transporte (AIVD)**

Capacidad para utilizar medios de transporte	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Usa transporte público solo o conduce	45	38,4
Capaz de tomar taxi; no usa otro transporte	52	44,5
Usa transporte público	13	11,1



pero acompañado		
Usa taxi o auto, sólo con ayuda de otros	6	5,1
No viaja en absoluto	1	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

La tabla 23 resume que 97 adultos están en capacidad de movilizarse solos en cualquier medio de transporte sea público o particular pudiendo realizar sus diligencias fuera de su lugar de residencia sin mayor inconveniente.

Mientras 20 adultos mayores necesitan viajar acompañados manifestando durante la entrevista preferir viajar en vehículos de familiares o utilizar el taxi, pues respecto al transporte público manifiestan sentir temor a sufrir accidentes por pérdida de equilibrio o poca pericia del conductor, la incomodidad e inseguridad que presentan algunas unidades.

#### **4.2.3.7 RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN**

La utilización de medicación en adultos mayores cobra mayor importancia cuando se trata del adulto mayor, en la tabla 24 se muestra que 49 adultos mayores (41,9%) no son capaces de tomar su medicación solos, de éstos 40 necesitan que alguien prepare su dosis y 9 no son capaces de tomar solos su medicación; siendo las principales razones el olvido del nombre, dosis y frecuencia de la medicación.

**Tabla 24 Responsabilidad medicación (AIVD)**

<b>Responsabilidad en la medicación</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Toma dosis en hora correcta	68	58,1
Toma si la dosis es preparada previamente	40	34,2
No es capaz de administrarse su medicación	9	7,7
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Es necesario implementar acciones encaminadas a multidisciplinar a los mayores con el objetivo de disminuir el porcentaje de errores al tomar su medicación.

Como muestra Fernández Lisón en su estudio donde tras evaluar a 73 pacientes vía encuesta telefónica respecto a la toma de su medicación se detectó algún tipo de error en el 42,5% de los entrevistados; con un total de 55 errores. (Fernández, Barón, Vázquez, Martínez, Urendes, & Pujol, 2006)

#### 4.2.3.8 MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

En la tabla 25 se muestra que si bien la mayoría de adultos mayores son capaces de manejar su dinero para cubrir sus necesidades básicas; el 59,8% manifestaron no estar en capacidad de manejar asuntos económicos de mayor complejidad (trámites bancarios por ejemplo).

**Tabla 25 Manejo asuntos económicos (AIVD)**

<b>Manejo de asuntos económicos</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Maneja dinero solo	47	40,2
Necesita ayuda	66	56,4
Incapaz de manejar dinero	4	3,4
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

El cómo manejan los adultos mayores sus asuntos económicos depende en gran medida a su nivel sociocultural, teniendo en cuenta que casi todos pueden realizar compras básicas en lo que respecta a productos de consumo básico en alimentación, vestido, pago de servicios básicos y esparcimiento, igual mente muchos manejan negocios.

Muchos necesitan ayuda para realizar manejos financieros de mayor complejidad por ejemplo trámites bancarios (préstamos, hipotecas, seguros), compras y rentas de bienes inmuebles, reparticiones de herencias. Al no recibir una ayuda adecuada en estas últimas actividades hacen que el adulto mayor pueda ser víctima de perjuicios en gran medida como estafas y perder dinero o bienes.

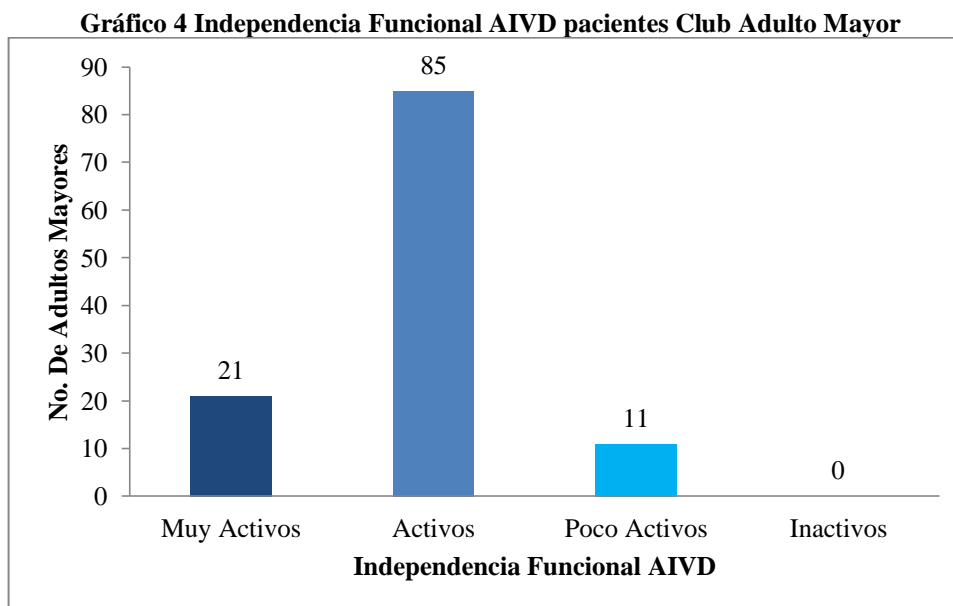
#### 4.2.4 GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Luego de aplicar la escala de Lawton y Brody (Ver Anexo 3) de manera personal a cada uno de los sujetos de la investigación, el instrumento fue revisado y evaluado en toda su integridad, se asignó los puntajes correspondientes acorde cómo el adulto mayor realiza cada actividad instrumental de la vida diaria evaluada como indica en el mismo instrumento.

Se sumó todos los puntajes parciales para obtener un valor cuantitativo total y acorde a este puntaje se determinó el Grado de Independencia Funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, que según puntuación de la escala de Barthel se estratifica así:

- 8 Muy activos: actividades instrumentales completas
- 5 a 7 Activos: actividades instrumentales limitadas
- 1 a 4 Poco activos: limitación del 50% o más de las AIVD
- 0 inactivos: no realizan actividades instrumentales

Los resultados se muestran esquematizados a continuación:



FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

**Tabla 26 Independencia Funcional AIVD pacientes Club Adulto Mayor**

<b>Grado de Dependencia AIVD</b>	<b>No. de Adultos Mayores</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy Activos	21	18
Activos	85	73
Poco Activos	11	9
Inactivos	0	0
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

El gráfico 4 y la tabla 26 muestran que 21 adultos mayores (18%) se manifestaron muy activos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 85 adultos mayores (73%) se manifestaron activos, 11 (9%) presentaron limitación en un 50% o más de estas actividades y no se encontraron adultos mayores inactivos.

Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resultó importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

Es importante recalcar que las actividades instrumentales de la vida diaria son más elaboradas que las actividades básicas; y son las primeras en perderse; por lo que un intervencionismo para prevenir el deterioro funcional en las actividades instrumentales mejorará también la funcionalidad en actividades básicas.

Algunos de los ítems dentro de la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a través de la escala de Lawton y Brody no se ajustan a la realidad de la población adulta mayor del Ecuador; constituyendo un claro ejemplo la utilización del teléfono mayormente difundido en países de mayor desarrollo debido al mejor nivel de educación poblacional y expansión de medios de comunicación que presentan estos países lo cual provocaría sesgo en la investigación; por los que no se tomará en cuenta para la verificación de hipótesis; sin embargo se realizó en la investigación como un aporte complementario.

#### **4.3 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Como se explicó en el marco teórico, se utilizó la escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH), confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarré y Quintero, utilizado en su trabajo de investigación de corte transversal denominado “*Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas, Cuba en el año 2007*” publicado en la revista Cubana de Medicina Integral en el año 2011. (Ver Anexo 4)

La escala consta de 34 afirmaciones que evalúa la calidad de vida en tres dimensiones:

- Dimensión salud.
- Dimensión socioeconómica.
- Dimensión satisfacción por la vida.

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son:

- Casi siempre
- A menudo
- Algunas veces
- Casi nunca

Se designó a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva.

De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue:

- Casi siempre: 4 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Algunas veces: 2 puntos
- Casi nunca: 1 punto

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) quedando de la siguiente forma:

- Casi siempre: 1 punto
- A menudo: 2 puntos
- Algunas veces: 3 puntos
- Casi nunca: 4 puntos

La puntuación total de la escala se presenta en el Anexo 5.

#### 4.3.1 COMPORTAMIENTO DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

De acuerdo a la puntuación obtenida de la escala MGH (Ver Anexo 5):

- La dimensión salud evaluó las categorías: funcionabilidad física, psíquica y social; se consideró:
  - Alta cuando el anciano obtuvo más de 27 puntos.
  - Media cuando el anciano obtuvo desde 25 hasta 27 puntos.
  - Baja cuando el anciano obtuvo hasta 24 puntos.
  
- La dimensión condiciones socioeconómicas evaluó: situación Monetaria y condiciones de la vivienda; se consideró:
  - Alta cuando el anciano obtuvo más de 9 puntos
  - Media cuando el anciano obtuvo desde 6 hasta 9 puntos
  - Baja cuando el anciano obtuvo hasta 5 puntos.
  
- La dimensión satisfacción con la vida evaluó: relación con la familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente; se consideró:
  - Alta cuando obtuvo más de 64 puntos
  - Media cuando obtuvo desde 56 hasta 64 puntos.
  - Baja cuando obtuvo hasta 55 puntos.

**Tabla 27 Comportamiento Dimensiones Calidad de Vida**

Dimensión	Resultados					
	Baja		Media		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Salud	2	2	3	2	112	96
Condiciones Socioeconómicas	2	2	73	62	42	36
Satisfacción por la vida	21	18	64	55	32	27

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes

En la tabla 27 esquematiza el comportamiento de las dimensiones en la valoración de la calidad de vida mediante la escala MGH.

Se observó que el adulto mayor tiene una buena percepción de calidad de vida en la dimensión salud pues 112 individuos (96%) obtuvieron una puntuación mayor a 27 puntos que corresponde a una alta calidad de vida en la dimensión salud.

- Los adultos mayores entrevistados cuentan con una adecuada funcionabilidad física pues 95 individuos (81%) manifestaron que pueden realizar actividades físicas inherentes a su edad, lo que les permite realizar actividades cotidianas, se movilizan de manera independiente y están en capacidad de cuidarse por sí solos.
- Cuentan además con una adecuada funcionabilidad psíquica pues la mayoría manifestaron que aún pueden aprender cosas nuevas, no sienten nerviosismo y no presentan ideas suicidas, con lo que se puede interpretar que sus funciones cognitivas mayormente se mantienen conservadas; en tanto que el hábito de lectura 34 pacientes manifestaron no leer por no saber y por disminución de agudeza visual.
- Más de la mitad de adultos mayores presentan una buena funcionabilidad social, pues están en capacidad de socializar al realizar tareas como mandados, se movilizan de forma independiente en transporte público, y realizan actividades de esparcimiento casi la mitad están en capacidad de ayudar en el cuidado de nietos, lo que hace que se consideren miembros activos en la sociedad al relacionarse adecuadamente en su ámbito social. (Ver puntuación total Anexo 5)

Respecto a la dimensión condiciones socioeconómicas la mayoría de adultos mayores presentaron una percepción de calidad de vida media, pues 73 individuos (62%) obtuvieron una puntuación de 6 a 9 puntos.

- Al presentar una buena comodidad de vivienda, se asume que cuentan con los servicios básicos, se encuentran equipadas de acuerdo a sus necesidades y cuentan con la amplitud necesaria con un buen desarrollo de sus familias, lo que es importante para mantener un buen nivel de vida. (Ver puntuación total Anexo 5)

En la dimensión satisfacción por la vida la mayor parte de adultos mayores presentaron una percepción de calidad de vida media; pues 64 individuos (55%) obtuvieron una puntuación de 56 a 64 puntos.

- Respecto a sus relaciones familiares, la mayoría de adultos mayores manifestaron contar con el respeto y además sentirse importantes para su familia; expresan abiertamente sus pensamientos, lo que los convierte en miembros activos de la familia lo que asegura una buena calidad de vida.

- Respecto a los estados afectivos predominantes la mayoría presentan un estado de ánimo favorable lo que los aleja de sentirse solos y desempatados en la vida
- Tienen un buen apoyo social pues manifestaron que sus familias en mayor medida los ayudan a resolver sus problemas y mantienen buenas relaciones con amigos y vecinos.
- Respecto a la satisfacción con el presente manifestaron que luego de su jubilación su vida no se ha vuelto aburrida ni monótona, casi la mitad manifestó haber realizado sus aspiraciones de vida y apenas un 4% manifestaron que sus condiciones socioeconómicas cubren enteramente sus necesidades.
- La mayor parte de adultos, mayores manifestaron ser felices con la vida que han construido, igualmente aún se consideran una persona útil; igualmente manifestaron que su estado de salud les permite disfrutar de la vida y ser felices con la vida que llevan. (Ver puntuación total Anexo 5)

#### 4.4 CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se sumaron todos los puntos asignados a cada ítem de la Escala MGH para valoración de la calidad de vida y se evalúan los resultados en:

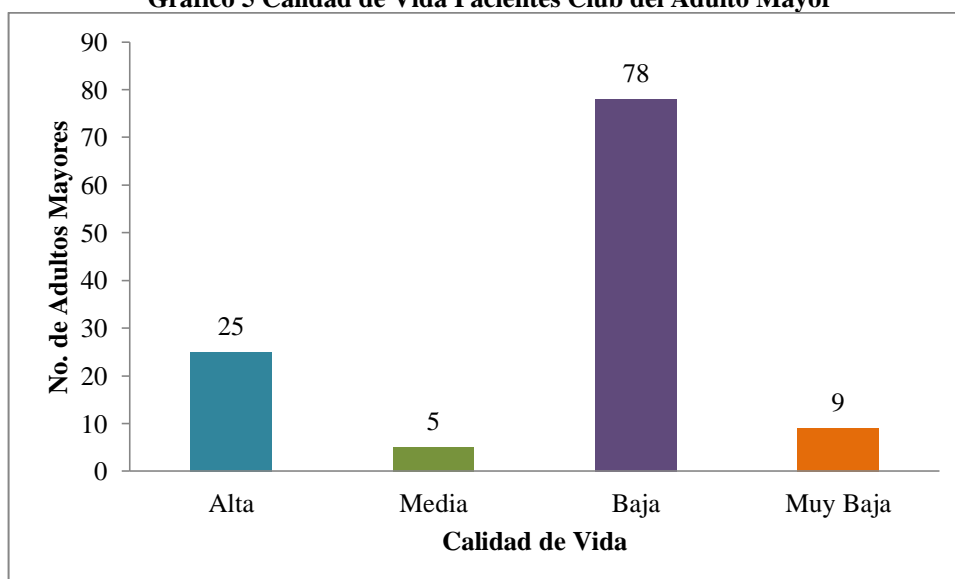
De 34 a 94 puntos calidad de vida muy baja

De 95 a 110 puntos calidad de vida baja.

De 111 a 118 puntos calidad de vida media.

De 119 a 134 puntos calidad de vida alta.

**Gráfico 5 Calidad de Vida Pacientes Club del Adulto Mayor**



**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes



**Tabla 28 Calidad de Vida Pacientes Club del Adulto Mayor**

Calidad de vida	No. de Adultos Mayores	Porcentaje
Alta	25	21%
Media	5	4%
Baja	78	67%
Muy Baja	9	8%
<b>Total</b>	117	100,00%

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

El gráfico 5 y la tabla 28 resumen la percepción de calidad de vida que presentaron los pacientes asistentes a los clubes del adulto mayor pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01, y se muestra que 78 (67%) presentaron calidad de vida baja y 9 adultos mayores (8%) presentaron una calidad de vida muy baja.

Lo que implica buscar alternativas aplicables para el mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor.

Igualmente el gráfico 5 y la tabla 28 indican que 25 adultos mayores (21%) presentaron una percepción alta respecto a su calidad de vida y 5 individuos (4%) presentaron una percepción media de su calidad de vida.

#### **4.5 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

- **FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Para la validación de la hipótesis se planteó la siguiente hipótesis nula:

HO: El mayor grado de independencia funcional *no* mejora la calidad de vida del adulto mayor.

- **ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA**

Se eligió la prueba de Fisher que permite determinar si existe relación entre ambas variables. Resultando esta prueba estadística la de elección debido a que en la tabla de

contingencia más de un 20% de los valores fueron inferiores a 5, por lo que no se pudo aplicar  $\chi^2$ .

- **NIVEL DE SIGNIFICANCIA:**  $p < 0.05$
- **RELACIÓN CALIDAD DE VIDA CON INDEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

**Tabla 29** Tabla de contingencia. Relación Calidad de Vida Grado de Independencia Funcional en ABVD - AIVD

INDEPENDENCIA FUNCIONAL (ABVD)	CALIDAD DE VIDA				TOTAL
	Alta	Media	Baja	Muy Baja	
Independiente	20	5	13	0	38
Dependiente Leve	5	0	65	9	79
TOTAL		30	87	9	117

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Como se observa en la tabla de contingencia (ver tabla 29) a mayor independencia funcional existe mayor calidad de vida puesto que de los 38 pacientes que presentaron independencia funcional para realizar actividades básica de la vida diaria (ABVD) de éstos 20 pacientes se manifestaron con alta calidad de vida, 5 adultos mayores calidad de vida media, 13 presentaron calidad de vida baja y ninguno presentó calidad de vida muy baja.

En tanto que de los 79 adultos mayores que presentaron dependencia funcional leve, de estos 5 sujetos presentaron alta calidad de vida, ningún adulto mayor presentó calidad de vida media, 65 presentaron baja calidad de vida y ninguno presentó calidad de vida muy baja.

**Tabla 30 Prueba de Fisher**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Puntos de probabilidad
Chi Cuadrado de Pearson	49,361 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Razón de verosimilitud	52,212	3	,000	,000		
Prueba exacta de Fisher	47,035			,000		
Asociación lineal por lineal	42,591 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N de Casos Válidos	117					

a. 3 celdas (37,5%) tienen una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.

b. La estadística estandarizada es 6,526.

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

Se realizó una investigación para analizar la asociación entre la independencia funcional y la calidad de vida con la prueba de Fisher esquematizada en la tabla 30; encontrando que existe asociación entre las dos variables [ $\chi^2(3,N=117)= 47,035$  , $P<0,05$ ].

**Tabla 31 Prueba de regresión lineal (ANOVA<sup>a</sup>)**

Modelo		Suma cuadrática	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	35,217	1	35,217	66,723	,000 <sup>b</sup>
	Residual	60,698	115	,528		
	Total	95,915	116			

a. Variable dependiente: calidad de vida

b. Variable independiente: independencia funcional

**FUENTE:** Base de datos

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros

- **DECISIÓN**

Se planteó la hipótesis de que el mayor grado de independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor, realizándose la prueba de regresión lineal ver (Tabla 31).

Donde  $[F(3,N=117)= 35,217,P<0,05]$ , aceptándose sus resultados.

Quedando demostrado que a mayor independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) existe mejor calidad de vida, por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa que dice: el mayor grado de independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- La mayor independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor.
- De toda la población que participó en el estudio se encontró que la mayoría son dependientes leves para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (79 individuos) seguidos de 39 individuos que se manifestaron como independientes y no se encontraron individuos que presenten dependencia moderada, grave y total.
- La mayor parte de individuos, en total 21 adultos mayores (18%) se manifestaron muy activos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 85 adultos mayores (73%) se manifestaron activos, 11 (9%) presentaron limitación en un 50% o más de estas actividades y no se encontraron adultos mayores inactivos.
- En cuanto al nivel de calidad de vida se encontró que la mayoría de adultos mayores 78 individuos (67%) presentaron calidad de vida baja y 9 adultos mayores (8%) presentaron una calidad de vida muy baja; mientras que 25 adultos mayores (21%) presentaron una alta calidad de vida y 5 individuos (4%) presentaron una calidad de vida media.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Proponer e impulsar un programa dentro del club del adulto mayor, encaminado a mejorar su funcionalidad, disminuir su dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y mejorar su calidad de vida de los mismos.
- Implementar estrategias de promoción de los clubes del adulto mayor para conseguir la mayor captación y asistencia permanente y continua del adulto mayor en especial conseguir una mayor afluencia del sexo masculino.
- Realizar un seguimiento al adulto mayor para evaluar periódicamente su desempeño funcional luego de ser incluido en un programa para el mejoramiento de su funcionalidad.
- Sensibilizar e involucrar a los familiares y cuidadores a través de la educación continua a la población sobre el correcto cuidado, prevención y consecuencias del deterioro funcional del adulto mayor, haciendo hincapié en la importancia del apoyo familiar y social como red de apoyo indispensable en la vejez en pro del bienestar.
- Mejorar la relación del profesional de salud con el adulto mayor para que de esta manera se pueda realizar un mejor vínculo médico-paciente y obtener una valoración integral del estado funcional del adulto mayor de salud considerando el entorno donde éste se desenvuelve y factores de riesgo que puedan repercutir a un deterioro en su calidad de vida.

## CAPÍTULO VI

### LA PROPUESTA

#### 6.1 DATOS INFORMATIVOS

- **Título de la propuesta:**

Programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en actividades de la vida diaria.

- **Institución efectora:**

La propuesta se realizará en el Club de Adulto Mayor.

- **Beneficiarios**

Directos: pacientes asistentes al Club del Adulto Mayor.

Indirectos: familiares y personal a cargo del cuidado del adulto mayor, equipo de salud, comunidad.

- **Ubicación:**

Provincia: Tungurahua.

Cantón: Ambato.

- **Tiempo:**

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, se propone su implementación y de ser favorable sus resultados se propone su continuidad extenderlo en el tiempo.

- **Equipo técnico responsable:**

El investigador quien dará a conocer y organizará la propuesta.

Ministerio de Salud Pública que aportará con un equipo multidisciplinario responsable de la atención del adulto mayor (médicos especialistas en geriatría, médicos generales, nutricionista, psicólogo), equipo de salud de las Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 (Personal médico y de enfermería, auxiliares, técnicos en atención primaria).

Universidad Técnica de Ambato que aportará con alumnos de la carrera de medicina que cursen la asignatura de medicina comunitaria que actuarán como voluntariado y promotores de salud.

- **Costo:**

La propuesta tiene como presupuesto un total de 3.200 dólares que serán invertidos en el apoyo de equipo técnico, en el diseño de la propuesta, en talleres educativas sobre la importancia de la detección y mejoramiento de la independencia funcional del adulto mayor y en la motivación para realizar actividades que promuevan su funcionalidad y su calidad de vida.

## **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Luego de la investigación realizada en los clubes del adulto mayor pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 sobre la independencia funcional y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, se encontró que la mayoría de la población que participó en el estudio son dependientes leves para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en total 79 adultos mayores, seguidos de 39 individuos que se manifestaron como independientes y no se encontraron individuos que presenten dependencia moderada, grave y total.

La mayor parte de individuos, en total 21 adultos mayores (18%) se manifestaron muy activos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 85 adultos mayores (73%) se manifestaron activos, 11 (9%) presentaron limitación en un 50% o más de estas actividades y no se encontraron adultos mayores inactivos.

En cuanto al nivel de calidad de vida se encontró que la mayoría de adultos mayores 78 individuos (67%) presentaron calidad de vida baja y 9 adultos mayores (8%) presentaron una calidad de vida muy baja; mientras que 25 adultos mayores (21%) presentaron una alta calidad de vida y 5 individuos (4%) presentaron una calidad de vida media.

Para analizar la asociación entre la independencia funcional y la calidad de vida se eligió prueba de Fisher; encontrando que existe asociación entre las dos variables [ $\chi^2(3, N=117) = 47,035, P < 0,05$ ].

Se planteó la hipótesis de que el mayor grado de independencia funcional influye mejorando la calidad de vida del adulto mayor, realizándose la prueba de regresión lineal, donde [ $F(3, N=117) = 35,217, P < 0,05$ ], aceptándose sus resultados.

Quedando demostrado que a mayor independencia funcional existe mejor calidad de vida.



En conclusión se plantea la necesidad de establecer medidas para mejorar la funcionalidad del adulto mayor con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

Producto de la inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, nace la importancia del abordaje interdisciplinario y la valoración integral del adulto mayor lo que motivó la realización de esta investigación que implicó la evaluación del adulto mayor desde el aspecto de su funcionalidad física, con el fin de identificar tempranamente sus modificaciones y alteraciones al realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con el propósito de mejorar en mayor medida su independencia funcional y calidad de vida.

Si bien en los clubes del adulto mayor se realizan actividades básicamente de atención médica, sociabilidad y esparcimiento; estos clubes no cuentan con un programa de intervención organizado y estructurado en búsqueda del mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física del adulto mayor, tampoco cuentan con una adecuada promoción de los clubes que conlleve una asistencia mayoritaria y continua.

Partiendo de estas circunstancias nace el interés de crear un “Programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en actividades de la vida diaria”.

La presente propuesta se justifica porque surge como producto de un estudio detallado de una problemática de salud en el adulto mayor, se cuenta con todos los medios necesarios para realizarla y beneficiará de manera directa a los pacientes que asistan de manera continua a los Clubes del Adulto Mayor de las Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01, así como a los familiares y personal a cargo del cuidado del adulto mayor, equipo de salud y comunidad.

Se pretende además que los adultos mayores adquieran, recuperen y mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno en las mejores condiciones de calidad de vida y autonomía posibles, ya que el propio grado de independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria, constituye en sí un destacado predictor del curso y pronóstico de enfermedad, para conseguir llevar una vida lo más autónoma y normalizada posible lo que, a mayores, aliviaría la situación del adulto mayor y de sus familias.

Además esta intervención repercute directamente en el aumento del grado de autoestima de la persona, así como en la mejora del concepto que los demás tienen de ella, acabando

con los estereotipos de conducta que en general y erróneamente se aplican a los adultos mayores

Se obtendrá una mayor y mejor competencia personal y social mejorando y/o creando unos hábitos de vida adecuados, que aportarán sin duda una mejor calidad de vida.

Paralelamente se contribuirá a la mejora de las relaciones familiares, limándose posibles problemas de convivencia dando paso a nuevas formas de interacción, con las que se mejoran las relaciones sociales y crece la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa.

Así mismo se facilitará una adecuada organización del tiempo, para conseguir dar un sentido de utilidad a los días y un aprovechamiento de todas y cada una de las actividades de las jornadas.

La promoción adecuada de dicho programa mediante el diseño y difusión del uso de una guía práctica de hábitos para el mejoramiento de la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores despertará el interés de los mismos; y aumentará la asistencia de personas de la tercera edad a los clubes del adulto mayor logrando una asistencia continua; así mismo será de gran ayuda para aquellos individuos que por distintos motivos no puedan adherirse a dicho programa.

Actividad que se iniciará en el Club de Adulto Mayor de la unidad de salud de Quisapincha y con mejoramiento continuo se ejecutará en los demás Clubes del Adulto Mayor pertenecientes a las demás unidades de salud (Atahualpa, Cunchibamba, Distrito 18D01, Ingahurco, Izamba y Matínez).

#### **6.4 MARCO INSTITUCIONAL**

Programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en las actividades de la vida diaria se implementará en el Club del Adulto Mayor.

#### **6.5 OBJETIVOS**

##### **6.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en las actividades de la vida diaria.

### **6.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diseñar una guía de trabajo para los adultos mayores y personal de salud.
- Fomentar actividades que mejoren la salud integral: física, psicológica y social en el adulto mayor.
- Capacitar al personal médico y equipo de apoyo de la Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 18D01 sobre los componentes del programa y su ejecución.

### **6.6 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene el apoyo de los profesionales de salud del Ministerio de Salud Pública para la promoción del mejoramiento de la funcional y calidad de vida del adulto mayor mediante acciones dirigidas a la población adulta mayor sobre la importancia de la prevención del deterioro funcional y de la calidad de vida de este grupo vulnerable de la sociedad.

También se cuenta con el apoyo de las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato que aportarán con los estudiantes de la carrera de medicina que cursen la asignatura de Medicina Comunitaria quienes actuarán como promotores y difusores del “Programa de disminución de la dependencia funcional del adulto mayor” además actuarán como grupo de apoyo en las actividades que se realizarán con los adultos mayores.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Dirección Distrital de Salud 18D05 y Universidad Técnica de Ambato.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del Ministerio de Salud ya que la prevención, control, y promoción de la salud reduce el alto coste económico que implica tratar comorbilidades en el adulto mayor. El investigador también aportará con medios económicos durante la realización del proyecto y en la promoción y difusión tanto del Club del Adulto Mayor y del “Programa de mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor en actividades de la vida diaria”.

Es necesario considerar que el Ministerio de Salud Pública tiene como misión garantizar el derecho a la Salud integral de la población a través de la provisión de servicios de atención de calidad, con calidez, prevención de enfermedades, promoción de la salud e

igualdad, y acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Al enfocarnos en la atención primaria de salud cabe recalcar entre sus objetivos:

Fortalecer la conformación de equipos de salud con la incorporación y financiamiento de recursos humanos para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.

Capacitar en Salud Social y Comunitaria a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud.

Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes.

Recuperar el enfoque de interculturalidad en salud para mejorar el acceso al cuidado y atención de la salud de los pueblos indígenas.

Incorporar la perspectiva de género a todas las líneas de acción.

Implementar la estrategia de capacitación permanente en servicio para fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud.

La actual propuesta está dirigida de manera directa a la población de adultos mayores grupo vulnerable que requiere de atención prioritaria, y de manera indirecta a familiares y cuidadores incluso comunidad en general para que asuman la responsabilidad de transformar los patrones sanitarios y sociodemográficos con el fin de incorporar a los adultos mayores a la comunidad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

## **6.7 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA**

### **Funcionalidad**

Se define a la funcionalidad como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno. (OMS, 2002)

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir p realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir.

La definición formula que, desde una perspectiva funcional, “el anciano sano” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”.

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades.

Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.

### **Factores de riesgo de perder la funcionalidad**

.Por factor de riesgo se entiende “aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición”. La población considerada sana pero que presenta alguno de los llamados “factores de riesgo”, va a tener una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en el curso de los años siguientes.

La capacidad funcional de un individuo puede verse alterada, generalmente disminuida, por variados factores de riesgo.

Entre ellos se presentan las enfermedades crónicas las que por sí solas constituyen un factor de riesgo al aumentar las probabilidades del adulto mayor de perder la capacidad de funcionar por sí solo en la vida cotidiana y de morir.

Además, implican la posibilidad de producir otros procesos riesgosos debido a las complicaciones asociadas a ella; considerando enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, cardiopatías, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular, artritis, artrosis y osteoporosis.

Hay datos consistentes para considerar factores de riesgo de discapacidad a los denominados síndromes geriátricos. Se consideraron los siguientes: caídas, pérdida del equilibrio, mareos, inestabilidad al caminar, incontinencia urinaria, déficit sensoriales: vista y audición, deformidades en los pies. (Rivera & Gil, 2001)

La Funcionalidad en el adulto mayor se define en tres componentes

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

### **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

Incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorias motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Son las primeras capacidades que desarrolla el ser humano. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño.

Están jerárquicamente organizadas según el nivel de complejidad, su adquisición se hace durante la infancia siguiendo los patrones de desarrollo, los cuales a su vez están determinados tanto por la madurez neurológica como por factores socioculturales.

Universalmente las actividades del ABC físico se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental. Se ha demostrado que al enfermar estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir de las más complejas a las más simples. La alimentación y el control de esfínteres por ejemplo, son necesarios para la supervivencia, por tanto se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o bañarse, tienen una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero.

En orden jerárquico son:

- Alimentación. Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para cortar o untar. Incluye factores socioculturales como en el caso del uso de cubiertos. Requiere poco proceso perceptual y cognoscitivo.
- Continencia. Se refiere al control de esfínteres y requiere integridad del Sistema Nervioso Central.

- Movilidad, Traslados y Locomoción. Constituyen el eje central de relación con el mundo, puesto que posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Requieren más individualización del movimiento y mayor participación de las esferas mental y social, son más complejas que las anteriores y exigen integridad de los sistemas neurológico, músculo esquelético y cardiovascular, además de adecuado ingreso y procesamiento de información sensorial (especialmente visual) y de factores cognoscitivos relacionados con la atención y la orientación espacial, y afectivos relacionados con la motivación.

- Ir al baño o usar el sanitario. Además de la movilidad exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente.

- Vestido e Higiene. No son funciones fisiológicas sino que dependen del aprendizaje y del significado sociocultural. Son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse, implican gran disociación de movimientos, especialmente finos, como el amarrarse los zapatos y la participación de procesos mentales y preceptuales más complejos, como el escoger la ropa, diferenciar el derecho y revés de las prendas”.

La autonomía física, se construye sobre la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neurológicos, músculo – esqueléticos y cardiovasculares que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por eso, ante la pérdida de la independencia en estas actividades, se debe buscar siempre un proceso patológico.

La valoración de las actividades básicas de la vida diaria, se califica mediante el concepto de independencia y dependencia, de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades. (Gómez, Curcio, & Gómez, 2005)

### **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

Este nivel hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario, el sitio de trabajo.

La autonomía instrumental no es solo el uso de instrumentos, lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Más que de factores personales depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida, del estilo de vida.

Incluye habilidades perceptivo motrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manejarse así mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves).

Exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (manejar su propio dinero) y finalmente actividades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras).

La independencia funcional en actividades instrumentales se correlaciona fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero, tienen una fuerte correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo, el nivel educativo. También permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales y las discapacidades funcionales que si dependen de las condiciones de salud del individuo.

La selección de los aspectos a evaluar en la independencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria debe hacerse teniendo en cuenta la forma y estilo de vida de la población anciana específica, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socioeconómicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades. (Gómez, Curcio, & Gómez, 2005)

### **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**

Hace referencia a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones.



Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía.

La funcionalidad en actividades avanzadas de la vida diaria está determinada por las elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas. No es esencial para el mantenimiento de la independencia y la falta de participación en actividades, no implica necesariamente disfunción.

No es de fácil valoración por su carácter individual, sin embargo los aspectos más importantes a considerar son: Las relaciones sociales, las actividades sociales, los recursos sociales y el soporte social, elaborar una escala para su valoración es muy compleja; sin embargo algunos de sus aspectos se incluyen en la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria. (Gómez, Curcio, & Gómez, 2005)

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. (OMS, 2010)

Se encuentra relacionada con la participación en el medio social, en este sentido se la entiende como “la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que se realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito cultural, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.” De esta definición se desprende el concepto de bienestar como una experiencia de satisfacción que engloba tanto la dimensión biológica, como el conjunto de actividades y relaciones entre los individuos. De esta manera, se concibe la calidad de vida como un constructo constituido por tres aspectos fundamentales: 1. subjetividad (percepción del individuo en cuestión) 2. multidimensionalidad y 3. Presencia de dimensiones positivas (por ejemplo, movilidad) y negativas (por ejemplo, dolor). (Martínez, 2004).

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. La

calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario.

En la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que, matemáticamente, se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Existe un conjunto de estudios que relacionan calidad de vida con salud y estado subjetivo de salud, centrados en la evaluación del impacto del estado de salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente.

Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y al posicionamiento personal que adopte frente a este momento de la vida. Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto vital autónomo. De esta manera, este posicionamiento del adulto mayor se relacionará con su propia historia de interacciones significativas que le permitirá enlazar los modelos de comportamiento ya conocidos a los modelos de hoy.

En la medida en que el adulto mayor logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas, esta etapa será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social. Si la calidad de vida se relaciona estrechamente con la participación en el medio social, la posibilidad de tener una vida de calidad dependerá de que este sujeto se signifique y resignifique en su condición de ser social y no solamente en función de abuelo, viudo, enfermo, y demás significantes que responden a la representación social predominante acerca de la vejez, la cual suele homologar vejez a enfermedad, incapacidad e improductividad. (Pszemiarower, 1998)

## **6.8 ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN**

Dentro de los involucrados en el problema se encuentra el investigador como promotor de la propuesta, el personal médico y de enfermería que labora en el Centro de Salud de Quisapincha, más el personal que disponga la Dirección Distrital de Salud 18D01, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Ambato que cursen la asignatura de Actividad Comunitaria, población de adultos mayores, y familiares o cuidadores.

## 6.9 MODELO OPERATIVO

Fases	Objetivos	Actividades	Recursos	Responsables	Tiempo
Fase I Planificación	<p>Iniciar el diseño del programa.</p> <p>Desarrollar material de capacitación y metodología.</p> <p>Comunicarse con representantes y participantes</p> <p>Planificar apoyo logístico</p> <p>Socializar los resultados de la investigación previa.</p> <p>Definir la temática de los talleres</p> <p>Dar a conocer a las autoridades y adultos mayores el programa de trabajo.</p> <p>Diseño de material didáctico y contenido.</p>	<p>Solicitar autorizaciones.</p> <p>Realizar invitaciones a los participantes en el proceso de socialización.</p> <p>Seleccionar y adecuar el lugar.</p> <p>Establecer un cronograma de trabajo.</p> <p>Promocionar el programa.</p>	<p>Solicitud a las autoridades.</p> <p>Volantes de promoción (copias).</p> <p>Talento humano.</p>	<p>Paúl Ballesteros (coordinación)</p> <p>Estudiantes de Medicina UTA (voluntarios, promoción)</p>	4 semanas
Fase II Ejecución	<p>Realizar los talleres según cronograma.</p>	<p>Taller de auto cuidado.</p> <p>Taller de cocina básica, lavado y limpieza doméstica.</p> <p>Taller de</p>	<p>Computadora.</p> <p>Proyector.</p> <p>Pizarra.</p> <p>Tiza líquida.</p>	<p>Paúl Ballesteros (coordinación).</p> <p>Dirección Distrital de Salud 10D01.</p> <p>Unidades de Salud pertenecientes a la</p>	<p>2 horas semanales por cada taller.</p> <p>Se dedicará un día para actividad recreacional</p>

		<p>funcionalidad física, desplazamiento y equilibrio.</p> <p>Taller de uso de medios de comunicación y transporte.</p> <p>Taller de habilidades sociales, ocio y tiempo libre.</p> <p>Taller de conocimientos básicos, lectura escritura, cálculos básicos.</p> <p>Taller de manejo de medicación y asuntos económicos.</p> <p>Actividad Recreacional.</p>	<p>Carteles.</p> <p>Recursos Humanos.</p> <p>Bus.</p>	<p>Dirección Distrital de Salud 10D01.</p> <p>Estudiantes de Medicina UTA.</p>	<p>Se trabajará en total 8 semanas.</p>
<p>Fase III</p> <p>Monitoreo</p>	<p>Realizar seguimiento de talleres y de la atención a adultos mayores durante el desarrollo del programa.</p>	<p>Realizar ajustes en el caso de incumplimiento de las actividades.</p> <p>Elaborar y llevar registro de las actividades realizadas.</p>	<p>Computadora.</p> <p>Proyector.</p> <p>Pizarra</p> <p>Tiza líquida.</p> <p>Carteles.</p>	<p>Paúl Ballesteros (coordinación).</p> <p>Dirección Distrital de Salud 10D01.</p> <p>Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de</p>	<p>2 horas semanales por cada taller.</p> <p>Se trabajará en total 8 semanas.</p>

		Revisión de historias clínicas	Historias clínicas. Recursos Humanos.	Salud 10D01. Estudiantes de Medicina UTA.	
Fase IV Evaluación	Determinar el impacto de la propuesta.	Reevaluación de la independencia funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y calidad de vida	Índice de Barthel. Escala de Lawton y Brody. Escala MGH para valoración de Calidad de Vida. Historias Clínicas. Copias Recursos Humanos.	Paúl Ballesteros (coordinación).Dirección Distrital de Salud 10D01. Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 10D01. Estudiantes de Medicina UTA.	2 horas diaria en reuniones semanales  Total 4 semanas
Fase V Réplica	Ejecución de la propuesta en otras Unidades de Salud.	Repetir las actividades de la propuesta planteada, junto con las mejoras formuladas luego de su primera ejecución.	Solicitud a las autoridades. Volantes de promoción (copias). Folleto.	-Paúl Ballesteros (coordinación). -Dirección Distrital de Salud 10D01. -Universidad Técnica de Ambato	Indefinido

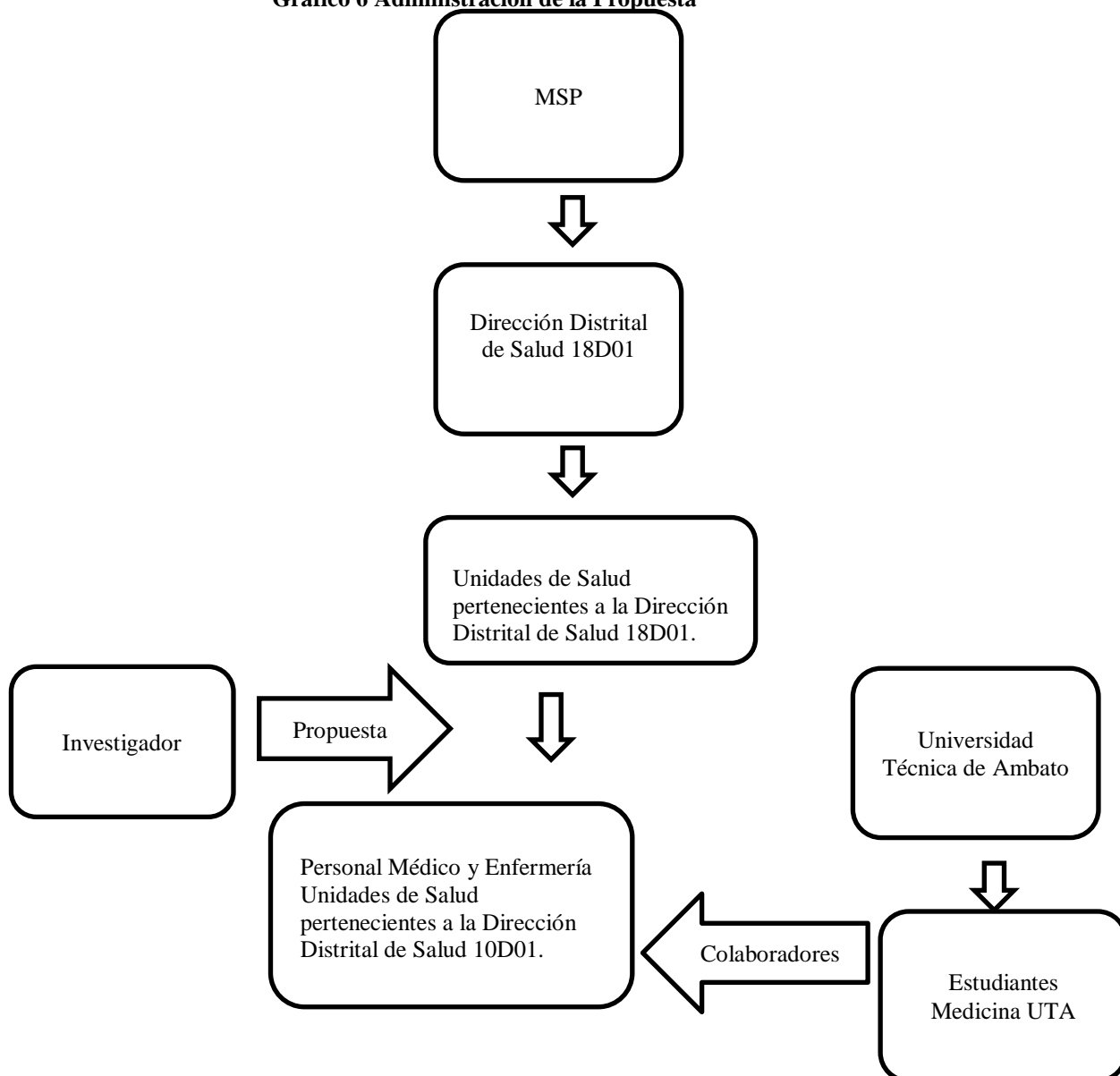
			<p>Talento humano.</p> <p>Computadora.</p> <p>Proyector.</p> <p>Pizarra.</p> <p>Tiza líquida.</p> <p>Carteles.</p> <p>Índice de Barthel.</p> <p>Escala de Lawton y Brody.</p> <p>Escala MGH para valoración de Calidad de Vida.</p> <p>Historias Clínicas.</p> <p>Copias</p> <p>Recursos Humanos.</p>		
--	--	--	---	--	--

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

## 6.11 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La difusión del Programa de disminución de dependencia funcional del adulto mayor en actividades de la vida diaria en las Unidades de Salud pertenecientes a la Dirección Distrital de Salud 10D01; se realizará con la colaboración de las autoridades de cada institución participante y el personal estudiantil de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Ambato, a fin de conseguir la apertura necesaria para la sociabilización y ejecución de la propuesta.

**Gráfico 6 Administración de la Propuesta**



**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes

## 6.12 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Se realizará un monitoreo de la propuesta para obtener información acerca del desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria luego de que el adulto mayor haya sido incluido dentro del programa.

Se identificarán, las fortalezas y debilidades del programa, a fin de realizar correcciones respectivas; y además si el impacto del programa es positivo y se consigue los objetivos propuestos, se considerará que la propuesta es idónea a ser ejecutada en otras Unidades de Salud, a fin de disminuir la dependencia funcional y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

**Tabla 32 Indicadores de evaluación de la propuesta**

Indicadores de evaluación	Resultados previstos
	%
Actividades de autocuidado e higiene	20% de aumento
Realización de tareas domésticas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Barrido</li><li>• Lavado</li><li>• Planchados</li><li>• Limpieza</li></ul>	30% de aumento
Realización de tareas sencillas del hogar	15 % de aumento
Realización de desayunos, comidas y cenas	15% de aumento
Funcionabilidad física, desplazamiento y equilibrio	10% de aumento
Uso de teléfono y de transporte público	20% de aumento
Participación de actividades lúdicas grupales	30% de aumento
Realización de compras	20% de aumento
Administración correcta de medicación	15% de aumento
Administración de dinero	5% de aumento

**ELABORADO POR:** Paúl Ballesteros Reyes



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P., & Pazmiño, L. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*. Quito, Pichincha, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). *Evaluación del Adulto Mayor en la Ejecución de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria* (12 ed.). Washintong DC.: Willey.
- MIES, Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Agenda de igualdad para adultos mayores 2012 - 2013* (segunda ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Ministerio de inclusión Económica y Social.

### LINKOGRAFÍA

- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 13 de octubre de 2013, de [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Azpiazu, M; Cruz, A. (31 de Marzo de 2003). *Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid*. Recuperado el 16 de octubre de 2013, de <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/calidad-vida-mayores-65-anos-no-institucionalizados-13045701-originales-2003>
- CEPAL. (2012). *Proyecciones de población en América Latina y el Caribe 1950-2005*. Recuperado el 21 de diciembre de 2013, de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/32634/od-3-metodologia.pdf>
- De la Fuente, T., Quevedo, E., Jiménez, A., & Zavala, M. (2010). *medigraphic.com*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de Funcionalidad para las actividades de la vida diaria: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
- Dueñas, D., Barrayé, H., Triana, E., & Rodríguez, V. (marzo de 2011). *Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas, Cuba*. Recuperado el 12 de

noviembre de 2013, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100002&script=sci_arttext)

Dueñas, D.; Barrayé, H.; Triana, E.; Rodríguez, V. (septiembre de 2009). *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas / Quality of life perceived in elderlies from Matanzas province*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lang=pt)

Estrada, A., Cardona, D., Segural, Á., Chavarriaga, L., Jaime, O., & Julián, O. (2011). *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín*. Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399>

Fernández Ballesteros & Colaboradores. (2006). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Recuperado el 16 de diciembre de 2014, de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>

Fernández, L., Barón, B., Vázquez, B., Martínez, T., Urendes, J., & Pujol, E. (2006). *Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <https://www.google.com.ec/search?biw=1366&bih=667&scient=psy-ab&q=Errores+de+medicaci%C3%B3n+e+incumplimiento+terap%C3%A9utico+en+ancianos+polimedicados+fernandez+lison&oq=Errores+de+medicaci%C3%B3n+e+incumplimiento+terap%C3%A9utico+en+ancianos+polimedic>

Freire, W. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 "SABE I"*. Recuperado el 18 de enero de 2014, de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>

Gallegos, K., Durán, G., & López, L. (2003). *Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos*. Recuperado el 19 de diciembre de 2013, de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=15726&id\\_seccion=6&id\\_ejemplar=1623&id\\_revista=2](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15726&id_seccion=6&id_ejemplar=1623&id_revista=2)

- García, M., & Márquez, B. (marzo de 2010). *Cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades fisiológicas de los ancianos alojados en la unidad geriátrica "Dr. Carlos Fragachan"*. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. segundo semestre año 2008. (P. P. Marín, & H. Gac, Edits.) Recuperado el 16 de marzo de 2014, de [http://laterceraedadysuscaracteristicas.blogspot.com/2013\\_07\\_01\\_archive.html](http://laterceraedadysuscaracteristicas.blogspot.com/2013_07_01_archive.html)
- Gómez, J., Curcio, C., & Gómez, D. (2005). *Evaluación de la Salud de los ancianos*. Recuperado el 14 de junio de 2014, de <http://www.librosLatinos.com/cgi-bin/libros/73711.html>
- Grand, A., Groschalude, P., Bocquet, M., Pous, J., & Albarede, J. (1990). *Discapacidad, factores psicosociales y la mortalidad entre los adultos mayores en una población rural francesa*. Recuperado el 19 de febrero de 2014, de [http://www.minsa.gob.fr/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/INFO\\_RME%20PERFIL%20ADULTO%20MAYOR-FINAL%20A4.doc](http://www.minsa.gob.fr/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/INFO_RME%20PERFIL%20ADULTO%20MAYOR-FINAL%20A4.doc)
- Gutiérrez, L. (Junio de 2005). *Incapacidad funcional, transiciones de discapacidad, y los síntomas depresivos en la edad avanzada*. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/dh/k.pdf>
- INEC. (2009). *Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo Urbana y Rural ENEMDU*. Recuperado el 25 de enero de 2014, de [http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com\\_content&view=article&id=130&Itemid=108](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=130&Itemid=108)
- INEC. (2010). *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos - Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 21 de octubre de 2013, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Recuperado el 21 de febrero de 2014, de <http://www.inec.gov.ec/cpv/>
- INEC. (2013). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - Ecuador en cifras*. Recuperado el 9 de enero de 2014, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

- La Rosa, E. (2006). *Nociones de salud y enfermedad*. Recuperado el 5 de enero de 2014, de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/psicologia-de-la-salud-en-poblacion-infantil-y/material-de-clase-1/tema1definicion.causas-y-repercusiones-enfermedad.pdf>
- Martínez, E. (2004). *Calidad de vida en el adulto mayor*. (C. O. Psicólogos, Ed.) Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/27857/1/25756-169083-1-PB.pdf>
- Miguel-Jaimes, A., Barrantes, M., García, E., & Guitiérrez, L. (2007). *Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos*. Recuperado el 22 de noviembre de 2013, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext)
- Mochietti, A. (2000). *Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece*. Recuperado el 7 de enero de 2014, de [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.redadultosmayores.com.ar%2FdocsPDF%2FForo%2FVejez%2520femenina.pdf&ei=-\\_8kVLRlIJePNuKsgGg&usq=AFQjCNHcVmTWOGUVUUIJa8vtcWBNL4WEQ&sig2=88Eu](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.redadultosmayores.com.ar%2FdocsPDF%2FForo%2FVejez%2520femenina.pdf&ei=-_8kVLRlIJePNuKsgGg&usq=AFQjCNHcVmTWOGUVUUIJa8vtcWBNL4WEQ&sig2=88Eu)
- MSP. (2011). *Ministerio de Salud Pública - ONU. Actualización del Plan Estratégico multisectorial de la Respuesta Nacional de VIH/SIDA*. Recuperado el 12 de marzo de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>
- Muchinik, E. (1990). *Las redes sociales de apoyo y el adulto mayor*. Recuperado el 13 de enero de 2014, de <http://www.bibliopsi.org/descargas/autores/Otros%20Autores/117196172-Aislamiento-y-soledad.pdf>
- OMS. (2002). *Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento activo: un marco político*. Recuperado el 3 de junio de 2014, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

- OMS. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
- OMS. (2011). *Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado el 11 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
- OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Paltex blog*. Recuperado el 22 de enero de 2014, de La salud de los adultos mayores. Una visión Compartida, 2da edición: <http://www.paho.org/blogs/paltex/?p=134>
- Orgel, L. (Noviembre de 1973). *The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing*. 1963;49:517-21. Recuperado el 11 de abril de 2014, de <http://longevity-science.org/orgel.html>
- Pardo, G. (marzo de 2003). *Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento*. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22\\_1\\_03/ibi08103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi08103.htm)
- Pinillos, Y., & Prieto, E. (2012). *Funcionalidad Física de personas mayores institucionalizadas en Barranquilla, Colombia*. Recuperado el 4 de enero de 2014, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/27857/1/25756-169083-1-PB.pdf>
- Posso, M. (2005). *Protección para las personas de la tercera edad*. Recuperado el 24 de noviembre de 2013, de <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechosocial/2005/11/24/proteccionacuten-para-las-personas-de-la-tercera-edad>
- Pszemiarower, S. (1998). *Prevención en Gerontología*. Recuperado el 17 de diciembre de 2013, de <http://www.gerontologia.com.ar/cvs/cvsantiago.html>
- Ramu, E., & Amit, K. (Agosto de 2006). *Envejecimiento biológico*. Recuperado el 18 de enero de 2014, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
- Rivera, J., & Gil, G. (2001). *Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado*. Recuperado el 05 de 08 de 2014, de [www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori1.htm](http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori1.htm)

- Salavareza, L. (1998). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Recuperado el 11 de enero de 2014, de <http://www.libreriapaidos.com/9789501231816/VEJEZ+LA+-UNA+MIRADA+GERONTOLOGICA+ACTUAL/>
- Sánchez, S. (2008). *Valoración del nivel de independencia de los usuarios de la unidad de atención a la tercera edad Colonia de Belencito a través de la escala de valoración Índice de Barthel*. Recuperado el 12 de diciembre de 2014, de <http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>
- Schkolnik, S. (abril de 2007). *Estudio sobre la protección*. Recuperado el 15 de enero de 2014, de [http://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/1/30081/Doc\\_Ecuador.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/1/30081/Doc_Ecuador.pdf)
- Soberanes, S., González, A., & Moreno, Y. d. (2009). *Redalyc.org*. Recuperado el 15 de abril de 2014, de Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>
- Tigrás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). *Escalas de valoración funcional en el anciano*. Recuperado el 11 de octubre de 2013, de Escalas de valoración funcional en el anciano
- Toledo, M. (2000). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 8 de febrero de 2014, de Apoyo sociofamiliar y capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la UMF 66: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Maricela.pdf>
- Trigás, M. (2011). *Meiga.info*. Recuperado el 11 de octubre de 2013, de Valoración del adulto mayor: <http://www.meiga.info/escalas/indicedebarthel.pdf>

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA**

- E-LIBRO. Camejo, R. (mayo de 2011). *Influencia del bienestar subjetivo en la calidad de vida de adultos mayores*. Recuperado el 22 de mayo de 2013, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10485886&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>

- E-LIBRO. Cardona, D., Agudelo, H., & Estrada, A. (2009). *Calidad de vida y condiciones de salud de la población adultamayor de Medellín*. Recuperado el 14 de diciembre de 2013, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10327639&p00=independencia%20funcional%20adulto%20mayor>
- E-LIBRO. García, J. (2012). *Envejecimiento Mundial y desafío regional: nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*. Recuperado el 24 de julio de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10889667&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>
- E-LIBRO. Gutiérrez, L., & Arango, M. (2012). *Geriatría Para el Médico Familiar*. Recuperado el 2 de febrero de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10751569&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>
- E-LIBRO. Macías, F., & Álvarez, J. (2009). *Dependencia en Geriatría*. Recuperado el 10 de diciembre de 2013, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10889698&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>
- E-LIBRO. Pérez, G. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Recuperado el 23 de mayo de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10804378&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>
- E-LIBRO. Rey, M. (2011). *Actividades físico-recreativas que mejoren el estilo de vida del adulto mayor en El Círculo del abuelo*. Recuperado el 23 de marzo de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10576577&p00=independencia+funcional+adulto+mayor>

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Planilla de consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_ manifiesto mi disposición para participar en la investigación “INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CLUBES DEL ADULTO MAYOR DE LA DIRECCION DISTRITAL DE SALUD 18D01 DEL CANTÓN AMBATO”, bajo compromiso de los autores de no divulgar la información brindada.

\_\_\_\_\_  
Firma





ayuda. 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
<b>Deambulaci3n</b> 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. 10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
<b>Subir y bajar escaleras</b> 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n. 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor
TOTAL:

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

RESULTADO	Grado de Dependencia
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 45	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

**GRACIAS POR SU COLABORACI3N**

### Anexo 3

Dirigido a los Pacientes del Club del Adulto Mayor de la Unidad de Salud \_\_\_\_\_

#### ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Instrumento para la Evaluación de las ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

ÍTEM	Aspecto a Evaluar	Puntos
<b>1</b>	<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar el teléfono por iniciativa propia</li> <li>• Es capaz de marcar bien algunos números familiares</li> <li>• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar</li> <li>• No utiliza el teléfono</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>2</b>	<b>COMPRAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza todas las compras necesarias independientemente</li> <li>• Realiza independientemente pequeñas compras</li> <li>• Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra</li> <li>• Totalmente incapaz de comprar</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>3</b>	<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente</li> <li>• Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes</li> <li>• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada</li> <li>• Necesita que le preparen y sirvan la comida</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>4</b>	<b>CUIDADO DE LA CASA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)</li> <li>• Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas</li> <li>• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</li> <li>• Necesita ayuda en todas las labores de la casa</li> <li>• No participa en ninguna labor de la casa</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>0</b>
<b>5</b>	<b>LAVADO DE LA ROPA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lava por sí solo toda su ropa</li> <li>• Lava por sí solo pequeñas prendas</li> <li>• Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>6</b>	<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</li> <li>• Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte</li> <li>• Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas</li> <li>• Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros</li> <li>• No viaja en absoluto</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>7</b>	<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta</li> <li>• Toma su medicación si la dosis es preparada previamente</li> <li>• No es capaz de administrarse su medicación</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>0</b>
		<b>0</b>
<b>8</b>	<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</li> <li>• Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, banco</li> <li>• Incapaz de manejar dinero</li> </ul>	<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>1</b>
		<b>0</b>
<b>TOTAL</b>		

- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
- 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades.
- 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales.

## Anexo 4

Dirigido a los Pacientes del Club del Adulto Mayor de la Unidad de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ años

Sexo: \_\_\_\_

Edad:

### ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MGH

Ítem	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras).	4	3	2	1
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.	4	3	2	1
3. Mi familia me quiere y me respeta.	4	3	2	1
4. Mi estado de ánimo es favorable.	4	3	2	1
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.	4	3	2	1
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.	1	2	3	4
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera).	4	3	2	1
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.	4	3	2	1
9. Soy importante para mi familia.	4	3	2	1
10. Me siento solo y desamparado en la vida.	1	2	3	4
11. Mi vida es aburrida y monótona.	1	2	3	4
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.	1	2	3	4
13. Puedo aprender cosas nuevas.	4	3	2	1
14. Puedo usar transporte público.	4	3	2	1
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole.	4	3	2	1
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.	4	3	2	1
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	4	3	2	1
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.	4	3	2	1
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.	4	3	2	1
20. Estoy nervioso e inquieto.	1	2	3	4
21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos.	4	3	2	1
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.	4	3	2	1
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	4	3	2	1

24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	4	3	2	1
25. Soy feliz con la familia que he construido.	4	3	2	1
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia, o con mis amigos).	4	3	2	1
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir solo en ella.	4	3	2	1
28. He pensado quitarme la vida.	1	2	3	4
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	4	3	2	1
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.	4	3	2	1
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	4	3	2	1
32. Mi estado de salud me permite disfrutar la vida.	4	3	2	1
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	4	3	2	1
34. Soy feliz con la vida que llevo.	4	3	2	1
<b>TOTAL</b>				

Se suman al final todos los puntos y se evalúan los resultados en:

- De 34 a 94 puntos calidad de vida muy baja.
- De 95 a 110 puntos calidad de vida baja.
- De 111 a 118 puntos calidad de vida media.
- De 119 a 136 puntos calidad de vida alta.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Anexo 5. PUNTUACIÓN ESCALA MHG VALORACION CALIDAD DE VIDA**

Dimensiones	Categoría	Ítem	Puntuación Escala MGH							
			Cuatro		Tres		Dos		Uno	
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dimensión Salud	Funcionabilidad Física	1	41	35	54	46,2	20	17,1	2	1,7
		7	52	44,4	51	43,6	10	8,5	4	3,4
		12	84	71,8	18	15,4	2	1,7	13	11,1
		19	70	59,8	39	33,3	4	3,4	4	3,4
	Funcionabilidad Psíquica	8	26	22,2	26	22,2	31	26,5	34	29,1
		13	51	43,6	45	38,5	16	13,7	5	4,3
		20	27	23,1	61	52,1	20	17,1	9	7,7
		28	76	65	37	31,6	1	0,9	3	2,6
	Funcionabilidad Social	2	65	55,6	34	29,1	15	12,8	3	2,6
		14	45	38,5	42	35,9	19	16,2	11	9,4
		21	34	29,1	27	23,1	30	25,6	26	22,2
		26	63	53,8	27	23,1	23	19,7	4	3,4
Condiciones Socio económicas	Situación Monetaria	15	25	21,4	60	51,3	26	22,2	6	5,1
	Condiciones de la vivienda	21	34	29,1	27	23,1	30	25,6	26	22,2
		31	57	48,7	48	41	12	10,3	0	0
Satisfacción por la vida	Familia	3	71	60,7	38	32,5	7	6	1	0,9
		9	71	60,7	37	31,6	8	6,8	1	0,9
		22	43	36,8	51	43,6	17	14,5	6	5,1
		29	44	37,6	35	29,9	27	23,1	11	9,4
	Estados afectivos predominantes	4	41	35	59	50,9	16	13,7	1	0,9
		10	49	41,9	38	32,5	21	17,9	9	7,7
	Expectativa sobre el futuro	5	44	37,6	54	46,2	14	12	5	4,3
		23	33	28,2	66	56,4	14	12	4	3,4
		33	21	17,9	33	28,2	16	13,7	47	40,2
	Apoyo social	16	50	42,7	52	44,4	10	8,5	5	4,3
		24	87	74,4	26	22,2	3	2,6	1	0,9
	Satisfacción por el presente	6	85	72,6	23	19,7	6	5,1	3	2,6
		11	57	48,7	36	30,8	18	15,4	6	5,1
		17	30	25,6	62	53	20	17,1	5	4,3
		18	29	24,8	58	49,6	25	21,4	5	4,3
		25	45	38,5	67	57,3	5	4,3	0	0
30		55	47	57	48,7	4	3,4	1	0,9	
32		35	29,9	61	52,1	19	16,2	2	1,7	
34	45	38,5	60	51,3	6	5,1	6	5,1		

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Paúl Ballesteros Reyes