



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y SUS FACTORES
ASOCIADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA
“SAN JOSÉ” DE LA CIUDAD DE LOJA”**

*Tesis previa a la obtención del
título de Médico General*

AUTORA:

Michelle Madeleine Salazar Bustamante

DIRECTOR:

Dr. Ángel Benigno Ordóñez Castillo, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

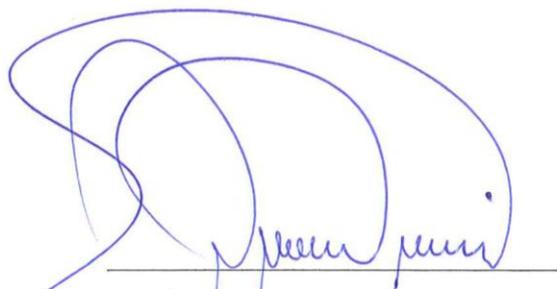
CERTIFICACIÓN

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg.sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que el trabajo de tesis titulado **“Evaluación de la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores del Centro de día “San José” de la ciudad de Loja”**, ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original de la Srta. Michelle Madeleyne Salazar Bustamante, previo a la obtención del título de médica general.



Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg.sc.

DIRECTOR DE TESIS

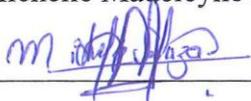
AUTORÍA

Yo, **Michelle Madeleyne Salazar Bustamante**, declaro ser autora de la presente tesis eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional- Biblioteca -Virtual.

Autora: Michelle Madeleyne Salazar Bustamante

Firma: _____



Cédula.: 1105673626

Fecha: 19 de septiembre de2017.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Michelle Madeleyne Salazar Bustamante**, declaro ser autora de la tesis titulada: **“Evaluación de la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores del Centro de Día “San José” de la Ciudad de Loja”**; como requisito para optar al grado de: Medicina General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de septiembre del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma:



Autora: Michelle Madeleyne Salazar Bustamante

Cédula: 1105673626

Dirección: Barrio Borja Calles Baúl y Nuevos Horizontes

Correo Electrónico: mishukita@hotmail.es

Teléfono: 2573301 **Celular:** 0989450940

DATOS COMPLEMENTARIOS.

Director de Tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc.

Vocales: Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Mg. Sc.

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida, y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y haberme permitido llegar hasta el momento más importante de mi formación profesional.

A mis padres y hermanos, por ser los pilares fundamentales y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional ya que ellos son la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, siendo ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

A mis amigos y familiares, porque de una u otra manera también estuvieron brindándome su apoyo en todo momento, aportando su granito de arena en este largo trayecto.

A mis docentes, por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y de manera especial a mi director Dr. Ángel Ordoñez, por haberme ayudado en la elaboración de esta tesis.

Michelle Madeleyne Salazar Bustamante

AGRADECIMIENTO

Le agradezco en primer lugar a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad por poder cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres Hernán y Deysi que son los pilares fundamentales en mi vida, que de una u otra manera me han sabido guiar de la mejor manera, enseñándome a vencer cada obstáculo que se me presente en la vida a luchar y a conseguirlo siempre con perseverancia y constancia siendo un excelente ejemplo de vida a seguir. A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, especialmente a la Facultad de Medicina y a cada uno de sus docentes por sus enseñanzas aprendidas durante todo este tiempo, sobre todo ese lado humano tan importante en esta sociedad.

Al centro del Día San José dirigido por el Rvdo Cngo. Luis Alfredo León Armijos quienes formaron parte fundamental del estudio para esta grandiosa colaboración, a mí director de tesis el Dr. Ángel Ordoñez quien dedico parte de su tiempo para guiarme en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Michelle Madeleyne Salazar Bustamante

ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCION	4
4. REVISION DE LA LITERATURA	6
4.1. Adulto Mayor	6
4.1.1. Generalidades	6
4.2. Clasificación y definición de adulto mayor	8
4.2.1. Anciano sano:	8
4.2.2. Anciano Enfermo	8
4.2.3. Anciano Frágil:	9
4.2.4. Paciente geriátrico:	9
4.3. Edad, vejez, envejecimiento.	9
4.4. Fisiología del envejecimiento	10
4.4.1. Variaciones del peso y talla	12
4.4.2. Modificaciones del compromiso corporal	13
4.5. Patologías más comunes	13
4.5.1. Hipertensión arterial	13
4.5.2. Enfermedad del Alzheimer	15
4.5.3. Depresión	15
4.5.4. Enfermedad de Parkinson	16
4.5.5. Enfermedad Cerebro vascular	16
4.5.6. Diabetes Mellitus	17

4.5.7.	Limitaciones visuales	17
4.5.8.	Limitaciones auditivas	19
4.5.9.	La Osteoporosis	20
4.5.10.	Enfermedad articular degenerativa u osteoartritis	20
4.5.11.	Enfermedad Isquémica del corazón.....	21
4.5.11.1.	<i>Próstata</i>	21
4.5.11.2.	<i>Dismovilidad y fragilidad</i>	22
4.6.	Factores psico-sociales	25
4.7.	Cambios sociales que se dan frecuentemente en la vejez	26
4.8.	Nutrición en el Adulto mayor	27
4.9.	Valoración geriátrica.....	27
4.10.	Capacidad funcional.....	28
4.11.	Evaluación funcional.....	29
4.12.	Factores de riesgo que limitan la funcionalidad.....	29
4.12.1.	Vida sedentaria	29
4.12.2.	Alteraciones hipocinéticas	30
4.12.3.	Relación entre la funcionalidad y morbilidad de las enfermedades crónicas en el Adulto Mayor.	31
4.13.	Instrumentos de evaluación de la funcionalidad	31
4.13.1.	Índice de Katz.....	31
4.13.2.	Escala de Barthel	31
4.14.	Escala de la cruz roja.....	32
4.15.	Escala de Philadelphia.....	32
4.16.	Test SF 36.....	33
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	34
6.	RESULTADOS	37
7.	DISCUSIÓN.....	52
8.	CONCLUSIONES	55
9.	RECOMENDACIONES.....	56
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	57
11.	ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Adultos mayores con relación a la edad en el centro de día San José de la ciudad de Loja	37
Tabla N° 2: Adultos mayores con relación al sexo en el centro de día San José de la ciudad de Loja	38
Tabla N° 3: Adultos mayores con relación al estado civil en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja	39
Tabla N° 4: Adultos mayores con relación a la ocupación en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja	40
Tabla N° 5: Adultos mayores con relación a con quien habita en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja	41
Tabla N° 6: Adultos mayores con relacion a la enfermedad de base en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	42
Tabla N° 7: adultos mayores con relación al tipo de enfermedad en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	43
Tabla N° 8: adultos mayores con relacion a la toma de algún medicamento en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja	44
Tabla N° 9: adultos mayores con relacion a cuantos medicamentos en el ce Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	45
Tabla N° 10: baño en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja	46
Tabla N° 11. Vestido en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	47
Tabla N° 12. Uso del retrete en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja	48
Tabla N° 13. Movilización en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	49
Tabla N° 14. Continencia en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja.....	50
Tabla N° 15. Alimentacion en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	37
Gráfico N° 2	38
Gráfico N° 3	39
Gráfico N° 4	40
Gráfico N° 5	41
Gráfico N° 6	42
Gráfico N° 7	43
Gráfica N° 8.....	44
Gráfico N° 9	45
Gráfico N° 10.....	46
Gráfico N° 11	47
Gráfico N° 12	48
Gráfico N° 13	49
Gráfico N° 14	50
Gráfico N° 15	51

1. TÍTULO

“EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA “SAN JOSÉ”, DE LA CIUDAD DE LOJA”.

2. RESUMEN

El envejecimiento no es una enfermedad, pero si genera vulnerabilidad siendo un fenómeno universal y un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente, fue de vital importancia realizar este estudio teniendo como objetivo general determinar la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores del Centro De Día “San José” de la ciudad de Loja en el periodo 2016; realizándose un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, considerando una población de 70 adultos mayores, información que fue obtenida mediante el Test de Katz, el mismo que valora el grado de dependencia o independencia funcional; para obtener datos generales de los adultos mayores se utilizó un cuestionario. Los resultados del test, indicaron que un 67% de adultos mayores evaluados presentaron incapacidad en distinto nivel siendo la leve la de menor frecuencia con un 7%, la severa con un 23% y un 37% presentó una incapacidad moderada. Además se evidenció que los adultos mayores de 80 años específicamente hombres presentan un mayor riesgo de dependencia en un 73%. Se determinó que los de estado civil viudos con un 74%; según la actividad física desempeñada con un 100% y que viven con sus hijos en un 87% tienen mayor riesgo de dependencia. Referente a la patología el 95% presentó una enfermedad crónica asociada a su grado de dependencia, mientras que un 100% es independiente; pero los órganos de los sentidos con un 88% son los más afectados, asociándose a factores y enfermedades que causen disminución en la capacidad funcional, tomando en cuenta un 95% toma 2 medicamentos diarios. En consecuencia se puede decir que la reducción de la capacidad funcional de los adultos mayores está altamente correlacionada con la edad.

Palabras clave: Adulto mayor, capacidad funcional, factores asociados, independencia y dependencia.

SUMMARY

Considering that aging is not a disease, but if it generates vulnerability and knowing that it is a universal phenomenon and a very individual process, as everyone ages differently, was of vital importance this study on "Assessment of functional capacity and its associated factors in older adults Day Center San Jose, the city of Loja," since there is a reduced amount of data on the assessment of the functional capacity of the elderly. The overall objective of this work was to determine the functional capacity and associated factors in older adults Day Center San Jose city of Loja in the 2016 period. To achieve this objective, a descriptive, quantitative study, cross-sectional, was performed on a sample of 70 seniors from San Jose Day Center of the city of Loja; The information was gathered by Katz scale that assesses the degree of functional dependence to perform daily activities valuing independence or dependence on these and a questionnaire on general data valued adults. To analyze the data were used: frequencies, percentages, mean and standard deviation. After the study of 70 seniors Day Center San Jose, and grouping the results of the Index katz, we have 67% of older adults evaluated had disability in different levels being slight the lowest rate to 7%, the severe was presented with 23% and 37% has a moderate disability. Themselves from the data analyzed showed that adults over age 80 are at increased risk of dependency representing 73%. In the case of sex men at increased risk of dependence to 73%. It also was determined that marital status widowers increased risk of dependence to 74%. According to physical activity performed professionals are the greatest risk with 100% dependency. Depending on who live 87% of older adults living with their children present greater risk of dependency. With respect to pathology, 95% of older adults have a chronic disease associated with their degree of dependence, however it is evident that 100% who do not have a chronic illness is dependent. In the case separately disease which is presented is that of the sense organs (88%) which added to the other factors and diseases present cause decrease in functional capacity. By the presence of these diseases 95% take any medication that under 95% have to take 2 drugs daily. Therefore I can say that reducing the functional capacity of individuals (older adults) is highly correlated with age, although the functionality can be preserved to advanced or age, deterioration can be stopped or achieve improvements either intervention with drugs, therapies and / or treatments.

Keywords: Elderly, functional capacity, associated factors, independence and dependence.

3. INTRODUCCION

Actualmente, considerando al adulto mayor como grupo prioritario de atención y tomando en cuenta que la población para el año 2025 aproximadamente llegará a 1.474.907. Se vuelve indispensable buscar métodos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, ya que según la OPS y OMS en América Latina se está dando el proceso de envejecimiento de su población lo cual implica procedimientos ineludibles en políticas de salud para este grupo etario, programas de servicios sociales y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompaña a la longevidad.

En Ecuador el artículo 36 de la constitución establece al adulto mayor como un grupo de atención prioritaria, garantizándole así un correcto cuidado de su salud, en la actualidad no existen estudios que proporcionen información sobre el estado general de los adultos mayores, información fundamental para que el estado pueda establecer las medidas sanitarias necesarias para cumplir con su obligación con este grupo.

El “Estado Funcional” mide la capacidad del anciano de desenvolverse como ser integral: mental, física y socialmente. De ello depende, en gran medida, su calidad de vida. La Evaluación Funcional del Adulto mayor tiene como premisa, poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos de funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre al paciente y encaminarlo en las terapéuticas apropiadas (RODRIGUEZ, 2007)

En cuanto a la funcionalidad del adulto mayor, según el censo realizado en Chile en Junio de 2006 la población de adultos mayores bajo control en la atención primaria era 541.026 personas en todo el país, de los cuales, 42,8% eran autovalentes; 29,4%, con riesgo; 24,3%, dependientes y 3,3%, postrados. 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años (AVILA, 2007). Conforme avanza el grado de deterioro funcional, aumenta el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, complicaciones, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales; una de las escalas de mayor utilización para esta valoración es el Test de Katz.

El objetivo general de este trabajo tuvo como finalidad determinar la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores del Centro De Día San José de la

ciudad de Loja en el periodo 2016, lo que se logró a través de los objetivos específicos que fueron: Evaluar la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro De Día San José de la ciudad de Loja a través del test Katz. Conocer los factores asociados a la capacidad funcional: biológicos, patológicos y social de los adultos mayores del Centro De Día San José de la Ciudad de Loja Realizar una propuesta de prevención de las enfermedades asociadas a la capacidad funcional de los adultos mayores del Centro “De Día San José” de la ciudad de Loja, con fin de contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Para el logro de estos objetivos se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, considerando una población de 70 adultos mayores, información que fue obtenida mediante el Test de Katz, el mismo que valora el grado de dependencia o independencia funcional; para obtener datos generales de los adultos mayores se utilizó un cuestionario. Los resultados del test, indicaron que un 67% de adultos mayores evaluados presentaron incapacidad en distinto nivel siendo la leve la de menor frecuencia con un 7%, la severa con un 23% y un 37% presentó una incapacidad moderada. Además se evidenció que los adultos mayores de 80 años específicamente hombres presentan un mayor riesgo de dependencia en un 73%. Se determinó que los de estado civil viudos con un 74%; según la actividad física desempeñada con un 100% y que viven con sus hijos en un 87% tienen mayor riesgo de dependencia. Referente a la patología el 95% presentó una enfermedad crónica asociada a su grado de dependencia, mientras que un 100% es independiente; pero los órganos de los sentidos con un 88% son los más afectados, asociándose a factores y enfermedades que causen disminución en la capacidad funcional, tomando en cuenta un 95% toma 2 medicamentos diarios.

Con lo expuesto, al tener presente las consecuencias de los factores asociados y la relación que tienen estos con la morbilidad de los adultos mayores, se podrán implementar acciones que estén guiadas al mantenimiento óptimo de la función, es decir, que la persona sea capaz de llevar una vida independiente, con el máximo rendimiento físico, intelectual y social posible; tomando en cuenta que a mayor edad mayor grado de dependencia.

Finalmente esta investigación, tiene como finalidad ser un aporte científico que sirva de base para futuras investigaciones, contribuyendo a tener una clara aproximación de la realidad en la que se encuentran los adultos mayores del Centro de Día “San José” de la ciudad de Loja.

4. REVISION DE LA LITERATURA

4.1. Adulto Mayor

4.1.1. Generalidades

Hoy en el día el adulto mayor es un grupo prioritario en la atención de salud ya que con el pasar del tiempo la esperanza de vida ha incrementado como consecuencia de la disminución de la fecundidad, se prevé que en un futuro siga aumentando, es así que en Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15%, mientras que en África se prevé que esa proporción aumenta sólo del 5% al 6%, y que después se duplique para el año 2050. (CEPAL, 2009)

Para el Hogar de ancianos y Centro de Día, Perpetuo Socorro de Cali-Colombia, un adulto mayor es: “el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos”.

Entonces puedo decir que, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad.

En los últimos años se ha priorizado la salud y el bienestar del adulto mayor en el Ecuador, garantizando sus derechos y haciendo conocer sus obligaciones, así mismo en la constitución se señala que:

“Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: (...)

2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad”.

Con lo cual el estado pretende mejora la calidad de vida del adulto mayor, así mismo menciona que los derechos de los adultos mayores.

Concordancias: *Art. 36 Constitución de la República; 4 y 12 Código de la Niñez y Adolescencia; 3 y 4 Ley de Discapacidades.*

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.

Concordancias: *Arts. 1 y 2 Ley del Anciano*

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.*

Concordancias: *Arts. 33 y 35 Constitución de la República; 2, 10, 13, 14 y 15 Ley del Anciano; 185, 188, 201, 229 Ley de Seguro Social.*

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 consecuencia el adulto mayor está protegido por el estado, sin embargo estos derechos no se cumplen a cabalidad ya que poco se hace en la ciudad por su atención, en los centros que existen se ha logrado un bienestar en su salud pero no en lo social y la inserción laboral, así mismo no se ha realizado un estudio para valorar su capacidad funcional y los factores asociados a la edad que influyen de uno u otra forma en la calidad de vida del adulto mayor.

4.2. Clasificación y definición de adulto mayor

En la revista INFOELDER, de Ayuda a la tercera edad y cuidado de mayores en su artículo Tipología de pacientes mayores, señala que:

La población mayor de 65 años es diversa, no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores. Las siguientes son las definiciones que de manera aproximada tienen consenso en el ámbito médico:

4.2.1. Anciano sano:

Es una persona de edad avanzada sin enfermedades objetivizable, es decir, que no se puede medicalizar. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud

4.2.2. Anciano Enfermo

En medicina se llama así al anciano sano que presenta una enfermedad aguda. Es decir, su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso a un hospital por un proceso único. No tiene demencias ni

conflictos sociales que generen riesgo a su salud. Sus problemas de salud pueden ser atendidos con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.

4.2.3. Anciano Frágil:

Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

4.2.4. Paciente geriátrico:

Persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria. (VARIOS, Juilo, 2011)

En la práctica geriátrica abarca la atención de los adultos mayores en un sentido amplio pero es claro que los dos últimos perfiles son los que constituyen su población de atención principal, básicamente porque son frágiles y los pacientes geriátricos son los que más necesidad tienen de la atención especializada en geriatría.

4.3. Edad, vejez, envejecimiento.

Edad es la que nos informa sobre el envejecimiento de nuestras células, y que indica nuestra edad real frente a nuestra esperanza de vida, sirviéndonos como indicador para advertirnos de futuras dolencias crónicas. Está determinada por factores internos, es decir, lo que marca nuestra genética y por factores externos, como, estilo de vida, factores ambientales, alimentación, hábitos diarios etc. (VARIOS M. &., 2013)

Vejez es un procedimiento normal del individuo el cual se caracteriza por la disminución del 20 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas

del cuerpo, produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad para presentar enfermedades crónicas y degenerativas. (VARIOS M. &., 2013)

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio la misma que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades, y como consecuencia final un mayor riesgo de muerte.” (GALBAN, SOBERATS, & NAVARRO, 2007)

4.4. Fisiología del envejecimiento

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. (RODRIGUEZ, 2007)

Aparecen cambios que afectan:

- La masa metabólica activa
- El tamaño y función de los músculos
- El VO₂ máximo
- El sistema esquelético
- La respiración
- El aparato cardiovascular
- Los riñones
- Las glándulas sexuales
- Los receptores sensoriales
- La médula ósea y los glóbulos rojos.

En la vejez ocurren una serie de cambios a nivel molecular, celular, de tejidos y de órganos que contribuyen a la disminución progresiva de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad. Sin embargo, este declinar no es uniforme en velocidad ni magnitud. En ciertas funciones, la regulación del organismo se mantiene aceptable hasta una edad avanzada, por ejemplo el equilibrio ácido-base. En otras funciones el organismo

empieza a declinar relativamente pronto, en la edad adulta, mantenido un descenso constante como ejemplo tenemos el deterioro de los órganos de los sentidos. Otras alteraciones, en último lugar, comienzan muy pronto en la vida, pero sus efectos solo se manifiestan cuando han progresado lo suficiente para poder objetivarse a través de sus complicaciones, por ejemplo la aterosclerosis. La heterogeneidad fisiológica es una de las características más consistentes de la población que llega a vieja. (CORUJO E, 2007)

A nivel biológico los cambios del envejecimiento suponen una involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, celulares y tisulares que afectan a todo el organismo, con progresión que nunca es de carácter uniforme. Los cambios más significativos se dan en el corazón, pulmones y riñones. Todas las células experimentan cambios en el proceso de envejecer; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Por ello, pierden su funcionalidad o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. La célula puede morir por necrosis o por apoptosis. La necrosis es un proceso puramente antrópico, debido a la pérdida de la capacidad de la célula para transformar la energía externa. Por el contrario, la apoptosis es un fenómeno muy ordenado y regulado por el que la célula se suicida a través de un estímulo que puede ser una señal fisiológica o una agresión muy leve. Este proceso es esencial para el desarrollo y remodelación normales. (CORUJO E, 2007)

El cuerpo está formado por células, estas a su vez forman tejidos, los tejidos a su vez forman órganos, estos forman aparatos y, a su vez estos componen los sistemas que mantienen el cuerpo vivo.

A nivel tisular varios factores convergen en el envejecimiento de los distintos tejidos:

- Factores genéticos: alteraciones de los cromosomas y de las divisiones celulares.
- Factores metabólicos: síntesis de proteínas anormales y toxicidad por radicales libres.
- Factores inmunológicos: reducción de la capacidad inmunológica humoral y celular.
- Factores de riesgo sobreañadidos: tabaco, alcohol, colesterol elevado, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, etc.
- Factores vasculares: arterioesclerosis con disfunción sobre la microcirculación. Factores hormonales.
- Factores accidentales: patologías sistémicas, intervenciones quirúrgicas, traumatismos

4.4.1. Variaciones del peso y talla

Se estima que la talla disminuye un centímetro por década a partir de la edad adulta. El peso aumenta entre los 40 y los 50 años decreciendo a partir de los 70 años.

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada. Por esta razón, la pérdida de 2.5 kg en tres meses, debe inducir a una evaluación completa. (OPS, 2014)

La pérdida de peso significativa relacionado al tiempo se define como: Pérdida de peso de 5 libras (aproximadamente 2 Kg) en 1 mes, o 4 % de pérdida de peso en 1 mes, 7,5 % de pérdida de peso en 3 meses y 10 % de peso en 6 meses. La pérdida de peso en el anciano es un trastorno que puede considerarse normal por alteraciones del envejecimiento, dependiendo de la cuantía y el tiempo, pero también puede ser causa de varias enfermedades que se debe investigar. (LASSO PATRICIO, 2012)

La pérdida de peso en el anciano puede considerarse normal por alteraciones propias del envejecimiento como: menor cantidad de agua en el organismo, reducción de la masa ósea, pérdida de masa muscular y disminución del tejido conectivo. La pérdida de peso es un problema frecuente en adultos mayores, se presenta por varias causas, participan varios factores psicosociales y tienen una gran repercusión funcional. (LASSO PATRICIO, 2012)

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg / talla² en m²) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m². No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo. (OPS, 2014)

4.4.2. Modificaciones del compromiso corporal

(SOBERANES, 2009) Se produce un descenso en la eficacia de los mecanismos de control (normalmente regulados por hormonas y por el sistema nervioso autónomo) que se reflejan por un enlentecimiento de las respuestas complejas que requieren la coordinación entre diferentes sistemas orgánicos (equilibrio hidro-electrolítico, ácido-base, glucemia, temperatura, tensión arterial...). Debido a:

- Aumento del tejido adiposo y disminución de tejido muscular, masa magra (6,3% cada década a partir de los 30 años)
- Disminución del volumen plasmático (8%)
- Disminución del agua corporal total (17%)
- Disminución del agua extracelular (40%)
- Disminución de la densidad ósea (entre un 8 y un 15%) en especial las mujeres entre 45 y 70 años.
- Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores
- Atenuación de la respuesta inmune: tanto humoral como celular, relacionándose este dato con una mayor frecuencia de infecciones, patología autoinmune en el anciano.
- Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios

4.5. Patologías más comunes

4.5.1. Hipertensión arterial

La propuesta actual considera que la presión arterial es normal cuando es menos de 120 mmHg la PAS y de 80 mmHg la PAD; entre 120 y 139 mmHg de PAS u 80 a 89 mmHg de PAD se considera prehipertensión. Es absurdo tener presiones de 140/90 mmHg y realizar mediciones de 24 horas para diagnosticar que el paciente es hipertenso. Este criterio introduce la idea de la prevención. Las cifras entre 130/80 y 139/89 mmHg doblan el riesgo de progresión hacia la hipertensión arterial y la PAS es un factor de riesgo cardiovascular mayor que la PAD. Siendo una enfermedad crónica, incurable, tiene una prevalencia del 60% en los adultos mayores a nivel mundial, es el primer motivo de consulta de todas las patologías crónicas. (SENPLAES, 2008).

Hipertensión arterial primaria o esencial

De causa desconocida, corresponde al 90 a 95% de los casos. En el anciano los cambios debidos a la edad como el endurecimiento, la rigidez de las grandes arterias y el estrechamiento parcial de las pequeñas arterias contribuyen a aumentar la presión arterial en el adulto mayor.

Hipertensión arterial secundaria

Debido a enfermedades como HTA renovascular y parenquimatosa renal, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, coartación de la aorta, hipertiroidismo, hipotiroidismo, acromegalia, hiperparatiroidismo, Cushing, apnea del sueño, medicamentos como los corticoides, AINES, derivados de las anfetaminas.

Hipertensión de “bata blanca”

Es la HTA transitoria sobre 140/90, registrada sólo en la consulta médica. Se debe descartar HTA primaria, mediante la medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Emergencia hipertensiva

Pacientes con presiones arteriales muy altas (210/120) y lesión aguda de órgano diana provocando encefalopatía, infarto agudo de miocardio, angina inestable, edema agudo de pulmón, eclampsia, ictus, trauma craneal, hemorragia cerebral, disección de la aorta, requieren hospitalización urgente.

Pseudohipertensión

Se produce por la rigidez de las arterias que impiden la compresión de la arteria humeral al insuflar el manguito del esfigmomanómetro, lo que registra cifras de presión arterial más altas que las reales. En pseudohipertensión no hay lesiones de órgano blanco, no hay respuesta al tratamiento, incluso pueden producirse síntomas de hipotensión. (LASSO PATRICIO C. H., 2008)

En Ecuador, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión entre la población mayor es de 12,6% y esta enfermedad constituye el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años. Es más,

la mortalidad de índole cardiovascular en Ecuador alcanza una cifra de 176 por 100.000 habitantes.

4.5.2. Enfermedad del Alzhéimer

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer. Síndrome clínico plurietiológico caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, sin alteración del nivel de conciencia que puede afectar las capacidades funcionales e interfiere en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Tomando en consideración la incidencia de Alzheimer, la cual es muy importante en adultos mayores llegando a alcanzar en mayores de 85 años un porcentaje de afectación del 40 %. (MONTERROSA, 2001.)

El diagnóstico se apoya por:

- Deterioro progresivo de una función cognitiva.
- Alteraciones en la actividad de la vida diaria.
- Historia familiar de demencia.
- Punción lumbar y EEG normales y evidencia de atrofia en el TAC craneal.

Su tratamiento es no farmacológico: Adaptación del ambiente, música terapia, danzas, fisioterapia, masoterapia, técnicas de reorientación a la realidad, reminiscencias, aromaterapia, estimulación sensorial. Estabilizador del Glutamato: Memantina. Inhibidores de la colinesterasa: Donepezilo, Rivastigmina (PABLO, 2012)

4.5.3. Depresión

El Estado Depresivo Mayor se puede definir como un periodo de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como puede ser; el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además de otros síntomas.

Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de la salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La

demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias.

4.5.4. Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia negra, que produce déficit de los movimientos motores. Fue descrita por primera vez por James Parkinson en 1817. Dentro de la sintomatología clásica están el temblor en reposo. La rigidez, la falta o disminución en los movimientos y los cambios en los reflejos posturales. Generalmente empieza entre los 40 y 70 años de edad con un pico en la sexta década de la vida. Aproximadamente el 1% de la población de la tercera edad se encuentra afectada y es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 3:2. (VARIOS M. &., 2013)

Estadísticas mundiales indican que afecta a 2 de cada 1.000 personas mayores de 65 años

4.5.5. Enfermedad Cerebro vascular

La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad cerebro vascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que origen vascular.

Es conocida por su aparición brusca, generalmente sin aviso, causando secuelas y la muerte. Es la causa neurológica que más incapacidad da y es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos.

Las causas pueden ser la ruptura súbita de un vaso (Hemorragia cerebral) o un coágulo formado ahí mismo por aterosclerosis o transportado de algún otro sitio (Embolia Cerebral) que obstruya la circulación sanguínea hacia el tejido cerebral dando por resultado la muerte de estas células nerviosas llamadas neuronas (Infarto Cerebral).

4.5.6. Diabetes Mellitus

La Diabetes según American Diabetes Association es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o utiliza inadecuadamente la insulina, una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos en la energía necesaria para vivir diariamente. Analíticamente la podemos conceptualizar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar. Juegan un papel importante factores genéticos y ambientales, como la obesidad por la falta de ejercicio. Se presentan dos tipos de diabetes;

- **Tipo 1.** Una enfermedad autoinmune en la cual el cuerpo no produce insulina y que ocurre principalmente en niños y adultos jóvenes. Las personas con diabetes tipo 1 deben aplicarse inyecciones diariamente para mantenerse vivas. Representan de 5 a 10% de los casos de diabetes. Los factores de riesgo para la diabetes tipo 1 incluyen factores autoinmunes, genéticos y ambientales.
- **Tipo 2.** Un desorden metabólico que resulta como consecuencia de la incapacidad del cuerpo para producir suficiente insulina o para utilizarla adecuadamente. Es la forma más común de la enfermedad, representando entre 90 y 95% de los casos de diabetes. Este tipo de diabetes está asociada con el envejecimiento, la obesidad, historia familiar de la enfermedad, historia previa de diabetes durante el embarazo, intolerancia a la glucosa, inactividad física y la raza o etnicidad. (ASSOCIATION, 2008) (ESCOBAR, 2001)

4.5.7. Limitaciones visuales

Son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. Los estudios de población han reportado la prevalencia de deficiencia en la función visual entre un 4 al 7% de las personas entre los 71-74 años de edad y se incrementa a un 16% en aquellos individuos mayores de 80 años y hasta 39% en los mayores de 90 años de edad. Se habla de deficiencia visual en el adulto mayor cuando la valoración clínica de la agudeza visual esta disminuida por debajo de 20/40. (CABEZAS CARMEN, 2012)

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, la ceguera en los países en vía de desarrollo está entre 0.5 y 1.5%. El 50% de los casos se debe a cataratas curables, el 25% se debe a afecciones incurables y el otro 25% se hubiera podido prevenir mediante

cuidados primarios efectivos. Se define de manera cuantitativa dependiendo de la limitación visual que se presenta ya que no se puede evaluar solamente si una limitación es parcial o total, pues se debe tener en cuenta la función que desempeña la capacidad visual residual. Quien distinga la luz y los colores no se considera una persona totalmente ciega, pues conserva algo de visión.

Las limitaciones visuales se limitan en:

a) Ceguera Total

Es la ausencia total del sentido de la visión.

b) Ceguera parcial o visión subnormal

Es aquella condición en la cual existe una pérdida del campo visual o una disminución de la agudeza visual central.

c) Ceguera legal

Es aquella condición visual en la cual una persona, con su mejor corrección óptica no alcanza una agudeza visual, además su campo visual no es mayor del 20%.

d) Ceguera funcional

Es aquella condición en la cual la persona a pesar de no ser ciega total no ha aprendido a desarrollar sus funciones visuales.

e) Persona ciega o limitada visual advencicia

Es la persona cuyo impedimento visual no estaba presente en el momento de su nacimiento.

f) Persona ciega o limitada visual congénita

Es la persona cuya ceguera o limitación visual existía en el momento de su nacimiento.

Haciendo un diagnóstico diferencial se puede notar la presencia de:

- **La presbicia.-** Está dentro del proceso natural del envejecimiento y es la pérdida de enfoque del ojo que depende de la elasticidad del cristalino y determina la dificultad

para la visión cercana. El paciente para compensar este defecto al leer aleja los materiales de lectura.

- **Las cataratas.-** Se produce por la opacificación del cristalino, es una afección muy frecuente en el adulto mayor y que aumenta en frecuencia de acuerdo a la edad, así aproximadamente un 20% de las personas de 60 años la padecen y aumenta al 50% a los 75 años.

Como factores de riesgo se ha tomado en cuenta la radiación ultravioleta del sol, el tabaco, el alcohol, la exposición a sustancias tóxicas, deficiencia de vitaminas, administración crónica de corticoides, la diabetes, niveles bajos de calcio en la sangre, sin embargo la causa más conocida es la edad. (CABEZAS CARMEN, 2012)

4.5.8. Limitaciones auditivas

En publicaciones hechas por el Centro Médico Imbanaco (2005) se estima que unos cuatro millones y medio de personas tienen problemas auditivos, de los cuales el 14% está en edad productiva, es decir entre los 25 y 50 años y el 66% es mayor de 60 años.

La disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada y severa, determinada por el número de decibeles necesarios para percibir un sonido, así: de 20 a 40 decibeles se considera hipoacusia leve con dificultad para entender una conversación normal. De 40 a 60 decibeles hipoacusia moderada con dificultad para escuchar una conversación con voz más alta de lo normal. De 60 a 80 decibeles hipoacusia grave, cuando puede escuchar solamente utilizando amplificadores. De 80 a 120 decibeles hipoacusia profunda, imposibilidad de escuchar por cualquier manera. (GÁLVEZ ARNALDO, 2008)

La hipoacusia moderada es una de las condiciones crónicas más prevalentes en la tercera edad. Este problema afecta de un 30% a un 46% de las personas mayores de 65 años de edad y al 90% de aquellos por arriba de los 80 años, debido a que la pérdida de la audición en su naturaleza es progresiva pero gradual es que generalmente el diagnóstico se hace tarde o se retrasa.

La audición cobra un especial interés en la tercera edad pues tiene un potencial muy importante en la calidad de vida que podamos tener, pues es una de las herramientas diarias que sin querer utilizamos para nuestra comunicación. Sin la audición, la

comunicación es muy difícil y usualmente nos retraemos y aislamos del resto de nuestro entorno. (IMBANACO, 2008)

4.5.9. La Osteoporosis

La osteoporosis fue definida por el Comité para el Consenso del Congreso Mundial de Osteoporosis, en Amsterdam en 1996, como "una enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea, deterioro de la microarquitectura ósea, con el consecuente incremento en la fragilidad ósea y susceptibilidad para las fracturas". (OSTEOPOROSIS, 2014)

El diagnóstico clínico de la osteoporosis se hace por la consecuencia de la enfermedad: la fractura. En el caso de la fractura de cadera, el cuadro es obvio. En cambio, las fracturas vertebrales pueden cursar en forma asintomática o provocar dolor. Siendo necesario y fundamental una historia clínica minuciosa con investigación de factores de riesgo para osteoporosis y para fractura.

El diagnóstico diferencial de fracturas debe ser considerado con metástasis ósea, mieloma, osteomalacia e hiperparatiroidismo.

El objetivo principal es la prevención de las fracturas. En el adulto mayor debemos tener en cuenta: edad, riesgo de fractura, la densidad mineral ósea (DMO), las contraindicaciones, el cumplimiento por parte del paciente, la duración y siempre hay que asegurar una ingesta adecuada de calcio con buenos niveles de vitamina D. (PABLO A. , 2012)

4.5.10. Enfermedad articular degenerativa u osteoartritis

La Osteoartritis se ha conocido también como Osteartrosis o Enfermedad Articular Degenerativa, esta progresa lentamente y en general tiene un curso benigno, sin embargo puede ocasionar mucho dolor, rigidez y gran limitación, en algunas personas tiene un curso progresivo con destrucción articular rápida. Se clasifica como primaria o idiopática cuando no existe un factor predisponente conocido y, secundaria cuando se puede identificar su factor local o sistémico que desencadena la osteoartritis.

La enfermedad en general se presenta después de los cuarenta años de edad, es de comienzo insidioso, con pocas manifestaciones sistémicas. Compromete en especial las

articulaciones interfalángicas distales, las proximales, la trapeciometacarpiana, la cadera, la rodilla, la primera metatarsfalángica y las articulaciones de la columna cervical lumbar.

El síntoma predominante de la osteoartritis es el dolor, el cual aparece cuando se utiliza la articulación y desaparece cuando está en reposo.

Es la causa más frecuente de enfermedad crónica que afecta a las personas de la tercera edad. La mitad de las mismas han reportado ya alguna vez en sus vidas haber sufrido de un cuadro de artritis. Desde el punto de vista radiológico, el 27% de los pacientes de 65 a 69 años de edad ya la tiene y esta cifra aumenta hasta un 51% en los viejos mayores a 85 años de edad. (F., 2009)

4.5.11. Enfermedad Isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón es un riesgo sanguíneo deficiente al corazón, y es hoy la principal causa de muerte en el mundo; la etiología principal es la enfermedad de las arterias coronarias resultante de la aterosclerosis. Cuando se forman placas ateroscleróticas en la luz de los vasos, se produce su estrechamiento. Esto disminuye el aporte de oxígeno y nutrientes altos en energía necesarios para que el corazón satisfaga las demandas ejercidas en él. Este trastorno se conoce como enfermedad de las arterias coronarias (EAC), el resultado de EAC y de la enfermedad isquémica del corazón es el infarto de miocardio o ataque al corazón. Esto sucede cuando el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias hacia el miocardio se bloquea por completo y el músculo cardíaco no puede recibir ninguna de las sustancias necesarias para su funcionamiento normal. Si el proceso no se revierte de inmediato, el área afectada del corazón muere, se necrosa y deja de funcionar. (ARBALAEZ R., 1955)

4.5.11.1. Próstata

Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la “biopsia prostática” y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer. (DELGADO, PINGUIL, PULLA, & URGILES, 2014).

La hiperplasia prostática benigna (HPB), es una condición en la cual nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia de HPB aumenta a medida que avanza la edad y es tan común que se ha dicho que “todos los hombres tendrán hiperplasia prostática benigna si viven lo suficiente.

El registro de datos debe incluir síntomas de: hematuria, infección urinaria, diabetes, enfermedades del sistema nervioso central, Enfermedad de Parkinson o accidentes cerebro vasculares, eventos que orienten hacia la existencia de estrechez uretral (uretritis, trauma, cateterismos), retención urinaria, y utilización de drogas que incrementan la aparición de síntomas como: medicamentos antigripales, anticolinérgicos o antidepresivos. Debe registrarse el tipo de tratamientos que ha recibido el paciente para esta sintomatología, y el resultado de su utilización.

Se recomienda la realización de examen físico que incluya examen rectal y una exploración neurológica básica. La elección del tratamiento apropiado se basa en la severidad de los síntomas, en el grado en que afectan el estilo de vida del individuo y en la presencia de cualquier otra condición médica.

4.5.11.2. Dismovilidad y fragilidad.

La mayor parte de las enfermedades musculoesqueléticas producen molestias o dolor local y restricción de la movilidad, que pueden obstaculizar el rendimiento normal en el trabajo o en otras tareas de la vida diaria. Casi todas las enfermedades musculoesqueléticas guardan relación con el trabajo, en el sentido de que la actividad física puede agravarlas o provocar síntomas, incluso aunque las enfermedades no hayan sido causadas directamente por el trabajo. En la mayor parte de los casos no es posible señalar un único factor causal. Los procesos causados únicamente por lesiones accidentales son una excepción; en casi todos los casos intervienen varios factores. En muchas enfermedades musculoesqueléticas, la sobrecarga mecánica en el trabajo y en el tiempo libre constituye un factor causal importante. Una sobrecarga brusca, o una carga repetida y mantenida, pueden lesionar diversos tejidos del sistema musculoesquelético. Por otra parte, un nivel de actividad demasiado bajo puede llevar al deterioro de los músculos, tendones, ligamentos, cartílagos e incluso huesos. Para mantener a estos tejidos en buenas condiciones es necesaria la utilización adecuada del sistema musculoesquelético. (RIIHIMAKI & VIKARI, 2011)

- **Huesos y articulaciones**

El hueso y el cartílago forman parte de los tejidos conjuntivos especializados que constituyen el sistema esquelético. El hueso es un tejido vivo que se repone a sí mismo continuamente. Su dureza es la adecuada para la tarea de proporcionar una función de soporte mecánico, mientras que la elasticidad del cartílago lo es para proporcionar a las articulaciones la capacidad de moverse. Tanto el cartílago como el hueso están formados por células especializadas que producen y controlan una sustancia intercelular de material en su exterior. Esta sustancia es abundante en colágenos, proteoglucanos y proteínas no colágenas. En la misma también están presentes minerales (RIIHIMAKI & VIKARI, 2011)

- **Cuello**

El dolor y las molestias en el cuello son algunos de los síntomas más comunes asociados al trabajo. Aparecen tanto en el trabajo manual duro como en el trabajo sedentario, y los síntomas a menudo persisten durante períodos prolongados; de hecho, en algunos casos durante toda la vida. De ello se deduce que los trastornos del cuello son difíciles de curar una vez que han aparecido, por lo que se debe prestar la máxima atención a la prevención primaria. Tres son las principales razones por las que los trastornos del cuello son frecuentes en la vida laboral:

- ✓ La carga sobre las estructuras del cuello se mantiene durante períodos prolongados debido a las elevadas demandas visuales del trabajo y a la necesidad de estabilización de la región del cuello-hombros cuando se trabaja con los brazos.
- ✓ Los trabajos psicológicamente exigentes, con grandes demandas en cuanto a concentración y a calidad y cantidad de trabajo son frecuentes, y producen una mayor actividad de los músculos del cuello. Esta tensión aumenta más si el trabajo es en general psicológicamente estresante, debido por ejemplo a malas relaciones laborales, a la escasa influencia sobre la organización del trabajo y a motivos similares.
- ✓ Los discos y las articulaciones del cuello son a menudo asiento de cambios degenerativos, cuya prevalencia aumenta con la edad. Ello reduce la capacidad de soportar las sobrecargas de trabajo. También es probable que la velocidad de degeneración aumente como consecuencia de las demandas físicas del trabajo (RIIHIMAKI & VIKARI, 2011)

- **Hombro**

Los trastornos de la región del hombro son problemas frecuentes tanto en la población general como en la laboral. Hasta un tercio de las mujeres y una cuarta parte de los varones se quejan de sensación de dolor en cuello y hombros a diario o cada dos días.

Se calcula que la prevalencia de tendinitis de hombro en la población general es de alrededor del 2 %. En los trabajadores de ambos sexos de Estados Unidos, la prevalencia de tendinitis del hombro se ha calculado hasta en un 8 % en los expuestos a movimientos muy repetitivos o de gran fuerza con las manos, en comparación con el 1 % aproximadamente en los no sometidos a este tipo de estrés musculoesquelético. (FERNANDEZ FERRE & ROURA, 2010)

- **Codo**

Epicondilitis.- La epicondilitis es un proceso doloroso que se produce en el codo, en donde los músculos que permiten el movimiento de la muñeca y los dedos contactan con el hueso. Cuando este proceso doloroso se produce en la parte externa, se denomina codo de tenista (epicondilitis externa). Cuando tiene lugar en la parte interna de la articulación del codo, se denomina codo de golfista (epicondilitis interna). El codo de tenista es una enfermedad bastante frecuente en la población general, y en algunos estudios se ha observado una alta incidencia en algunos grupos profesionales con tareas manuales intensivas es más frecuente que la epicondilitis interna. (BALLINA GARCIA & LAS CUEVAS, 2008)

Bursitis del olecranon.- La bursitis del olécranon es una inflamación del saco lleno de líquido que está situado en el lado dorsal del codo (bolsa del olécranon). Puede estar causada por traumatismos mecánicos repetidos (bursitis traumática o “del estudiante”). También puede ser debida a infección o asociarse a la gota. Existen tumefacción local y movimiento ondulante a la palpación debido a la acumulación de líquido en la bolsa. El aumento de la temperatura cutánea indica la existencia de un proceso infeccioso (bursitis séptica). (BALLINA GARCIA & LAS CUEVAS, 2008)

- **Antebrazo, muñeca y mano**

Tenosinovitis y peritendinitis

Extensores y flexores de la muñeca y de los dedos

En la muñeca y en la mano, los tendones están rodeados por vainas tendinosas, estructuras tubulares que contienen líquido para proporcionar lubricación y protección al tendón. La inflamación de la vaina tendinosa se denomina *tenosinovitis*. La que se produce en el punto en que el músculo se une al tendón se denomina *peritendinitis*. La tenosinovitis de la muñeca se localiza en la zona de la vaina tendinosa de la muñeca, mientras que la peritendinitis lo hace por encima de la zona de la vaina tendinosa en el antebrazo. Se denomina *tendinitis de inserción* a una inflamación del tendón en el lugar de unión al hueso. (FERNANDEZ FERRE & ROURA, 2010)

4.6. Factores psico-sociales

Según (PARADELA, 2002), los cambios psicosociales que presenta el adulto mayor debido a la edad se pueden enumerar de la siguiente manera:

. **Memoria:**

Los estudios parecen encontrar diferencias significativas atribuibles a la edad en la memoria de trabajo (componente de la memoria a corto plazo que compromete simultáneamente el almacenamiento y procesamiento de la información); por otra parte está la memoria episódica (componente de la memoria a largo plazo), que implica el recuerdo de hechos concretos que requieren para su recuperación la utilización de la información contextual sobre cómo y cuándo se da un acontecimiento especialmente para hechos recientes.

Aprendizaje:

El proceso de aprendizaje es más lento con la edad, es decir, requiere mayor número de ensayos. Quizás es la actitud de “yo ya no tengo edad para eso” la que determina el aprendizaje a una avanzada edad.

Inteligencia:

Con la edad se puede observar un declive variable del funcionamiento intelectual. Aquellas actitudes intelectuales que están fuertemente influidas por el funcionamiento del cerebro “inteligencia fluida” y que tienen que ver con la velocidad del procesamiento de la información de nuestro sistema neuronal declinan relativamente pronto, mientras que otras actitudes intelectuales que están altamente determinadas por factores socioculturales “inteligencia cristalizada” lo hacen a edades más avanzadas o incluso no lo hacen nunca.

Afectividad y personalidad:

Con la edad según investigaciones no parece encontrarse ningún patrón del que sea responsable el paso del tiempo, la edad o el envejecimiento, sin embargo, estos resultados parecen contraponerse con los estereotipos sociales sobre la vejez que asignan a las personas de la tercera edad características tales como la rigidez o la resistencia al cambio. (VARIOS M. &., 2013).

4.7. Cambios sociales que se dan frecuentemente en la vejez

Las relaciones sociales, consideradas necesidades básicas, son de vital importancia a todo lo largo del ciclo vital, también durante la vejez, puesto que el ser humano es esencialmente un ser social. En la última etapa de la vida la probabilidad de que se produzcan determinadas experiencias vitales marcan un cambio produciendo una disminución en la red social, tales como la salida de los hijos del hogar, la jubilación, la viudez, el cambio en la estructura familiar al adquirir el nuevo rol de abuelo o abuela, la pérdida del grupo de amigos, entre otros.

De lo anterior puedo argumentar que un aspecto a tener en cuenta es la influencia que ejerce el deterioro de ciertos sistemas orgánicos, por un lado sistema nervioso central y sistema cardiovascular y por otra parte los cambios que se manifiestan a nivel psicológico, déficit de memoria, aprendizaje, razonamiento, personalidad u otros factores a la falta de atención o a la dificultad para la realización de tareas cotidianas; todos estos cambios son atribuidos a la edad.

4.8. Nutrición en el Adulto mayor

Cada vez más publicaciones relacionan aspectos nutritivos de la persona con la morbilidad y la mortalidad asociada a distintos aspectos de la práctica de la medicina. Concretamente el déficit proteico altera mecanismos del organismo en forma y grado que todavía no son del todo conocidos pero relacionados directamente con la esperanza de vida.

Los estados carenciales de distintos nutrientes son más frecuentes en las personas mayores. Estos problemas nutricionales pueden dar lugar a alteraciones orgánicas importantes. Estas alteraciones pueden ser de tipo inmunológico (los anticuerpos se elaboran en el organismo a partir de las proteínas), lo que favorecerá la aparición de patologías relacionadas con déficits inmunológicos o de otro tipo.

Los siguientes consejos ayudarán a gozar de buena salud:

- Organiza una compra semanalmente
- Haz, por lo menos, 3 comidas al día, sin olvidarse nunca del desayuno.
- Reduce las calorías de tu dieta.
- Sigue comiendo de todo.
- Come diariamente distintos tipos de cereales- Carnes blancas mejor que rojas- Cuidado con el colesterol. Prescinde de los fritos y en caso de hacerlos, sólo con aceite de oliva.
- Los embutidos, sólo de forma excepcional.
- Disminuir el consumo de sal.
- Verduras, legumbres, hortalizas y pescado deben tener un papel esencial en nuestra dieta diaria.
- Los lácteos son nuestro mejor aliado contra la osteoporosis.

4.9. Valoración geriátrica

La valoración geriátrica Integral es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en el área médica, psicológica, funcional, social y familiar de los problemas de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento. Un metanálisis concluyó que a los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor

probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características. Su enfoque es más rentable (costo-efectivo) en comparación con el método convencional, existe una mejoría en la calidad de vida, mejoría en el estado funcional y una mejor satisfacción del paciente en el grupo que se le realiza la VGI comparado con el grupo convencional. Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 60 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria. (SOCIAL, 2013)

Para realizar evaluaciones funcionales en los ancianos, es necesario aplicar aquellos test ya conocidos, de fácil aplicación y que estén debidamente validados. Su uso debe servir como punto de partida para la prescripción individualizada de ejercicio físico y para situar el nivel del sujeto evaluado respecto de sus coetáneos. (DELGADO, PINGUIL, PULLA, & URGILES, 2014)

4.10. Capacidad funcional

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sin de mantenimiento de la capacidad funcional (ORGANIZACION PANAMERICA DE LA SALUD, 1982).

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo atareo el estado de independencia funcional.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

4.11. Evaluación funcional

Demuestra la capacidad del paciente para la realización de actividades cotidianas. El estado funcional no debe ser obtenido a partir de la historia y el examen físico si no de la observación directa del paciente mientras realiza la acción. Las actividades de la vida diaria se dividen en: Actividades de cuidado personal, de higiene, de vestido, de alimentación, de ambulación y transporte, manuales y de comunicación. (GALBAN, SOBERATS, & NAVARRO, 2007)

En cada una de estas actividades se debe calificar la independencia así:

- Totalmente dependientes de otros.
- Parcialmente dependiente de otros.
- Independiente de otros pero requiere el uso de aditamentos.
- Totalmente independiente de otros.

Para estas actividades el paciente debe tener patrones funcionales mano-cabeza, mano-boca, mano-recto, agarres-a mano llena, cilíndrico, digito-palmar, pinzas- fina, lateral.

Además de este examen se requiere de otras evaluaciones específicas de acuerdo a cada paciente.

4.12. Factores de riesgo que limitan la funcionalidad

4.12.1. Vida sedentaria

Resulta curioso comprobar el interés que ha surgido en nuestro país por el ejercicio físico como medio para promover la salud. En cierta manera, parece que hemos pasado de considerarlo como algo con un alcance muy limitado e incluso alienante, como en el caso del fútbol, a propugnarlo como un bálsamo maravilloso o panacea universal que puede utilizarse para conseguir una mejor calidad de vida. Sin duda, el ejercicio o la actividad física, ofrece una extensa gama de aplicaciones que proporcionan un amplio espectro de posibilidades, que van desde las relacionadas con la salud y la utilización del tiempo libre, otras relacionadas con la pedagogía, pasando por el mundo de la rehabilitación, los

tratamientos del alcoholismo, las drogo-dependencias, las sociopatías y probablemente muchas más. (VARIOS M. &., 2013)

No deberíamos extrañarnos, que ante estos planteamientos, muchas veces superficiales, pueda surgir cierto escepticismo a la hora de considerar la aplicación real del ejercicio y su utilidad. Recordemos, que de la misma manera que se dice que no hay enfermedades sino enfermos, podemos decir que no hay ejercicio ni deporte sino personas que “hacen deporte”, y que situaciones concretas necesitaran marcos referenciales concretos. Para poder obtener un resultado determinado es necesario escoger tipos de ejercicio o actividades que resulten apropiadas para ello y necesitamos conocer los fundamentos para su aplicación.

Picar piedras, por ejemplo, por muy buen ejercicio que pueda resultar, no parecería apropiado, en principio, si lo que se trata de conseguir es una integración social.

El mundo de la actividad física ofrece muchas posibilidades de intervención, entre ellas sin lugar a dudas, ocupa un lugar destacado la utilización del ejercicio y el deporte para la prevención, tratamiento, y rehabilitación de ciertas enfermedades, es decir para la promoción de la salud. Podemos ir incluso mucho más allá del simple aspecto físico, ya que los programas apropiados, nos proporcionan un instrumento muy valioso para conseguir un perfecto equilibrio físico, psíquico y social. (F., 2009)

4.12.2. Alteraciones hipocinéticas

De igual manera que el organismo se ve afectado por la actividad física y se producen adaptaciones que favorecen la realización de una determinada función, la falta de actividad física produce alteraciones estructurales y el órgano que no se utiliza se atrofia. Esto no resultaría inquietante sino fuese por el hecho de que va acompañado de una tendencia a la disfunción, regulación deficiente, y en algunas enfermedades, una morbilidad aumentada. Así, la falta de movimiento produce atrofia progresiva y debilidad física de todo el organismo. Cualquiera que haya sufrido una fractura y haya tenido que llevar un yeso, sabe el efecto tremendo que produce la inmovilidad. Si ha sido en un brazo por ejemplo, queda sorprendido de la atrofia experimentada por la masa muscular y por la pérdida de la movilidad articular.

A finales de los años 50, Kraus y Raab introdujeron el término hipocinético para designar una serie de enfermedades o alteraciones asociadas con la inactividad física y hacer referencia a aquellas enfermedades que pueden ser ocasionadas o agravadas como consecuencia del sedentarismo, ya que este origina una compleja gama de cambios y síntomas morfofuncionales. (RODRIGUEZ, 2007)

4.12.3. Relación entre la funcionalidad y morbilidad de las enfermedades crónicas en el Adulto Mayor.

Hemos señalado los resultados de la inactividad física y sus consecuencias funcionales, y como la mejor defensa de nuestro organismo contra este tipo de alteraciones, consiste precisamente en poner a nuestros músculos, huesos, corazón, pulmones y órganos internos a trabajar de una manera sistemática y regular. Diversos estudios han encontrado una relación inversa entre la mortalidad a causa de enfermedades cardiovasculares con la cantidad de trabajo físico realizado en el trabajo profesional o entrenamiento físico. Así podemos afirmar que no es el trabajo duro lo que daña las arterias coronarias y el corazón sino más bien la falta de actividad. (SOBERANES, 2009)

4.13. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad

4.13.1. Índice de Katz

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeuta. Esta escala es muy sencilla y busca evaluar 6 actividades básicas (movilizarse, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, contenerse esfínteres) relacionadas con la dependencia e independencia. Se considera a una persona independiente si es capaz de realizar las actividades sin la ayuda de otra persona. (VARIOS M. &., 2013)

4.13.2. Escala de Barthel

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo- esqueléticos. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el

control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. 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. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). (DELGADO, PINGUIL, PULLA, & URGILES, 2014)

4.14. Escala de la cruz roja

Las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental, (EFCR y EMCR) se publicaron por primera vez en el año 1972, aunque llevaban utilizándose un año en el servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid donde se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio. Valora la incapacidad física a través del grado de movilidad que tiene la persona mayor o el nivel de restricción de la movilidad. Además valora la capacidad de continencia de los esfínteres y clasifica al adulto mayor en 6 categorías, siendo el 0 el grado de mejor nivel funcional y el 5 el grado de peor nivel funcional. Es un tipo de escala simple, sencilla y rápida para aplicar. (DELGADO, PINGUIL, PULLA, & URGILES, 2014)

4.15. Escala de Philadelphia

Escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizados internacionalmente. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano mediante 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía, esta escala permite estudiar y analizar no solo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

4.16. Test SF 36

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Específicamente se utiliza para valorar la Calidad de Vida relacionada con la Salud; Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario.

Se valoran independientemente 8 dimensiones:

- ✓ Funcionamiento Físico.
- ✓ Limitación por problemas físicos.
- ✓ Dolor corporal.
- ✓ Funcionamiento o rol social.
- ✓ Salud mental.
- ✓ Limitación por problemas emocionales.
- ✓ Vitalidad, energía o fatiga.
- ✓ Percepción general de la salud. (SOBERANES, 2009)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo porque se detalla las características de los factores que influyen en la disminución de la capacidad funcional del adulto mayor a través de la recopilación de datos numéricos mediante el test de Katz y una entrevista personalizada de un cuestionario en el centro de Día “San José” de la ciudad de Loja; es transversal porque se realizó en el periodo comprendido entre Abril a Agosto del 2016; y observacional ya que se examinó visualmente la capacidad funcional del adulto mayor del centro.

ÁREA O LUGAR DE ESTUDIO

Centro de Día “San José” está ubicado en la ciudad de Loja, en el sector San José, en las calles Bolívar Bailón y Av. Cuxibamba. Este centro brinda atención a 70 adultos mayores en las jornadas de 8H00 a 16H00; cuenta con instalaciones para realizar eventos sociales y recreacionales como baile, ejercicios de relajación como también talleres de manualidades. En el centro labora personal administrativo, de servicio, médico y religioso, capacitados para el cuidado y atención del adulto mayor.

UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo estuvo conformado por 70 adultos mayores del Centro de Día “San José” de la ciudad de Loja.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener 60 años y más de edad
- Ambos sexos
- Que firme el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No se presentó ninguno ya que todos los adultos mayores del centro aceptaron el estudio.

PROCEDIMIENTO

- La fundamentación del marco teórico se realizó mediante fichas biográficas de información relacionada con el tema de estudio siendo una guía para la aplicación del test y cuestionario.
- Antes de la aplicación del cuestionario, me reuní con el Rvdo Cngo. Luis Alfredo León Armijos para coordinar los días y hora para acceder a la población en estudio. Luego procedí a la aprobación o desaprobación del consentimiento informado (Anexo1) y finalmente apliqué la entrevista y el cuestionario.
- Con los datos recopilados se pudo evaluar cómo se encuentra la capacidad funcional de los adultos mayores y los factores que se asocian a ellos, llegando a conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento el Test de Katz (Anexo N°2) y un cuestionario (Anexo N°3)

Test de Katz.

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 w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., 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.

Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos obtenidos se presentan mediante tablas de frecuencia simple, formando una base estadística en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis. Además se utilizó gráficos, expresados en frecuencias y porcentajes. La información teórica fue realizada en el procesador de textos Microsoft Word donde se hizo toda la parte textual sobre el estudio de esta investigación. Se elaboró la discusión de los resultados tomando como referencia otras investigaciones realizadas con la misma temática; se inició respondiendo al problema planteado lo cual permitió evaluar la capacidad funcional del adulto mayor y los factores que se asocian a esta problemática para dar más validez a la presente investigación. Luego se emitieron las conclusiones de la investigación, las mismas que me permitieron verificar que los resultados correspondan a los significados e interpretaciones que se atribuye a la realidad, elaborando a la postre las recomendaciones que están dirigidas a proporcionar sugerencias a la luz de los resultados.

6. RESULTADOS

6.1. Resultados del Cuestionario

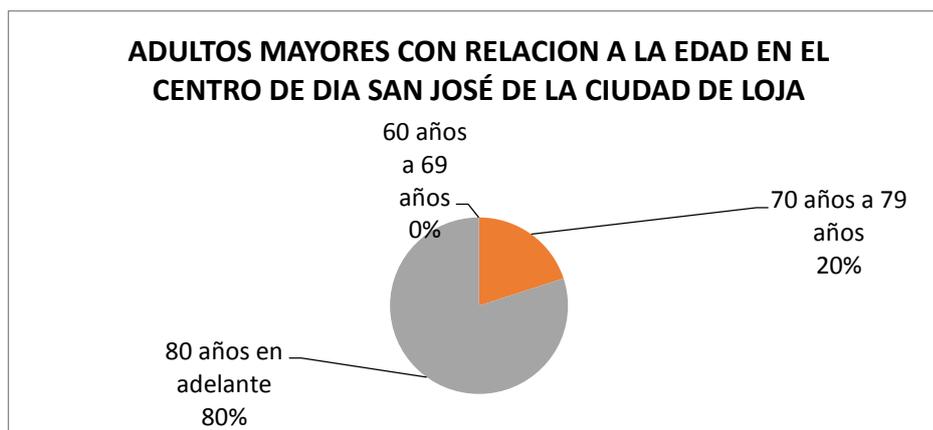
Tabla N° 1: Adultos mayores con relación a la edad en el centro de día San José de la ciudad de Loja.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
60 años a 69 años	0	
70 años a 79 años	14	20
80 años en adelante	56	80
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 1



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

De la población en estudio tenemos que 56 adultos mayores del centro tienen de 80 años en adelante y 14 de 70 a 79 años representando el 20%. Lo que indica que la mayor parte de la población en estudio tiene más de 80 años.

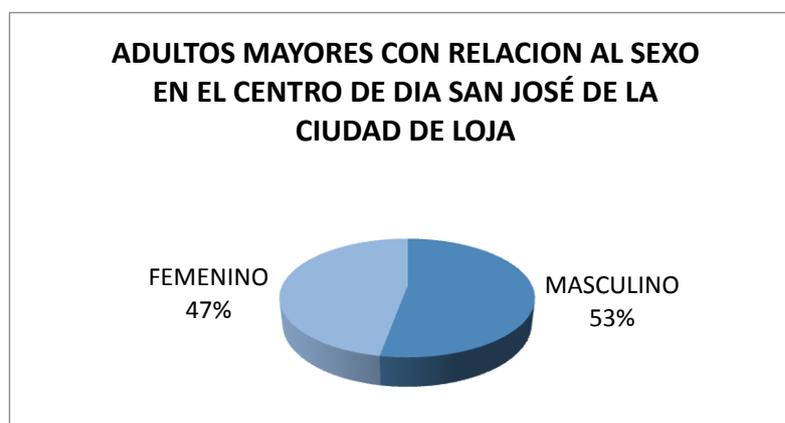
Tabla N° 2: Adultos mayores con relación al sexo en el centro de día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
MASCULINO	37	53
FEMENINO	33	47
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 2



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

De la población en estudio 37 adultos mayores son de sexo masculino lo que representa el 53% y 33 son de sexo femenino es decir el 47%, lo que indica que la mayoría son de sexo masculino.

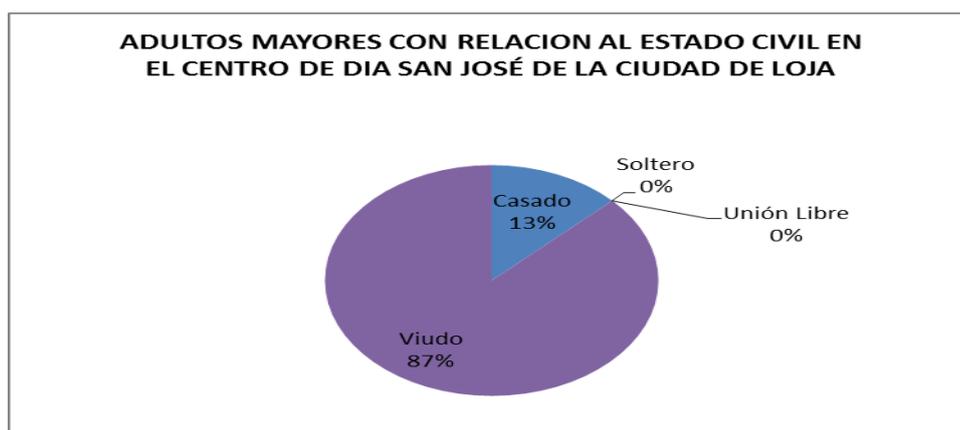
Tabla N° 3: Adultos mayores con relación al estado civil en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Casado	9	13
Soltero	0	
Unión Libre	0	
Viudo	61	87
Divorciado		
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 3



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

De la población en estudio 61 adultos mayores que corresponden al 87% son de estado civil viudo y 9 adultos mayores son casados es decir el 13%, siendo en su mayoría de estado civil viudo.

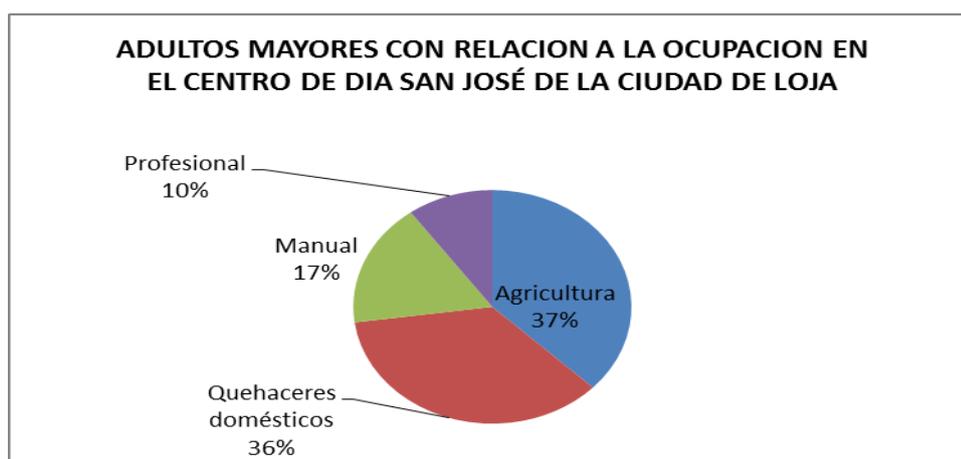
Tabla N° 4: Adultos mayores con relación a la ocupación en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Agricultura	26	37
Quehaceres domésticos	25	36
Manual	12	17
Profesional	7	10
Ninguno		
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfico N° 4



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De la población en estudio el 37% tiene de ocupación agricultura; el 36% han realizado quehaceres domésticos; el 17% han realizado trabajo de carácter manual como carpintería, vendedores, comerciantes, etc., y el 10% son profesionales en derecho, odontología o militares.

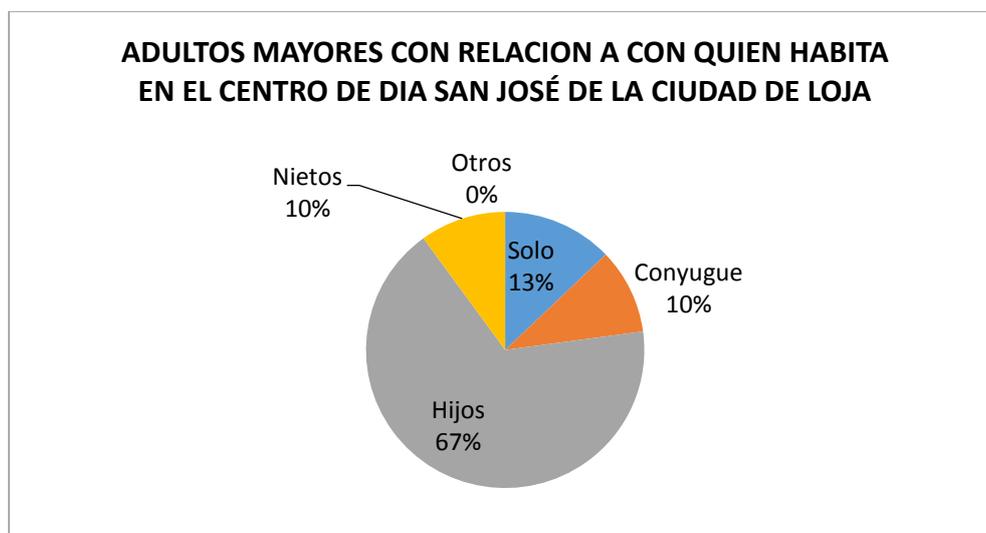
Tabla N° 5: Adultos mayores con relación a con quien habita en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Solo	9	13
Conyugue	7	10
Hijos	47	67
Nietos	7	10
Otros	0	
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfico N° 5



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De la población en estudio 47 adultos mayores que es el 67% habita con los hijos, 9 adultos viven solos es decir el 13%; 7 adultos que es el 10% con su conyugue y 7 adultos que es el 10% con los nietos. En consecuencia la mayoría vive con sus hijos.

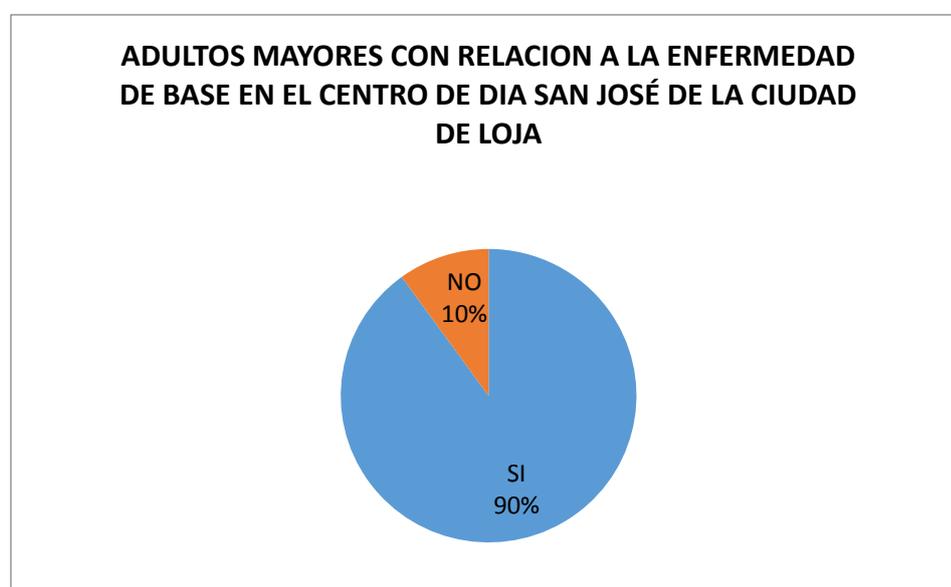
Tabla N° 6: Adultos mayores con relacion a la enfermedad de base en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	63	90
NO	7	10
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfico N° 6



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De la población en estudio 63 adultos mayores que es el 90% tiene una enfermedad de base y el 10% (7adultos) no presenta ninguna enfermedad hasta el momento.

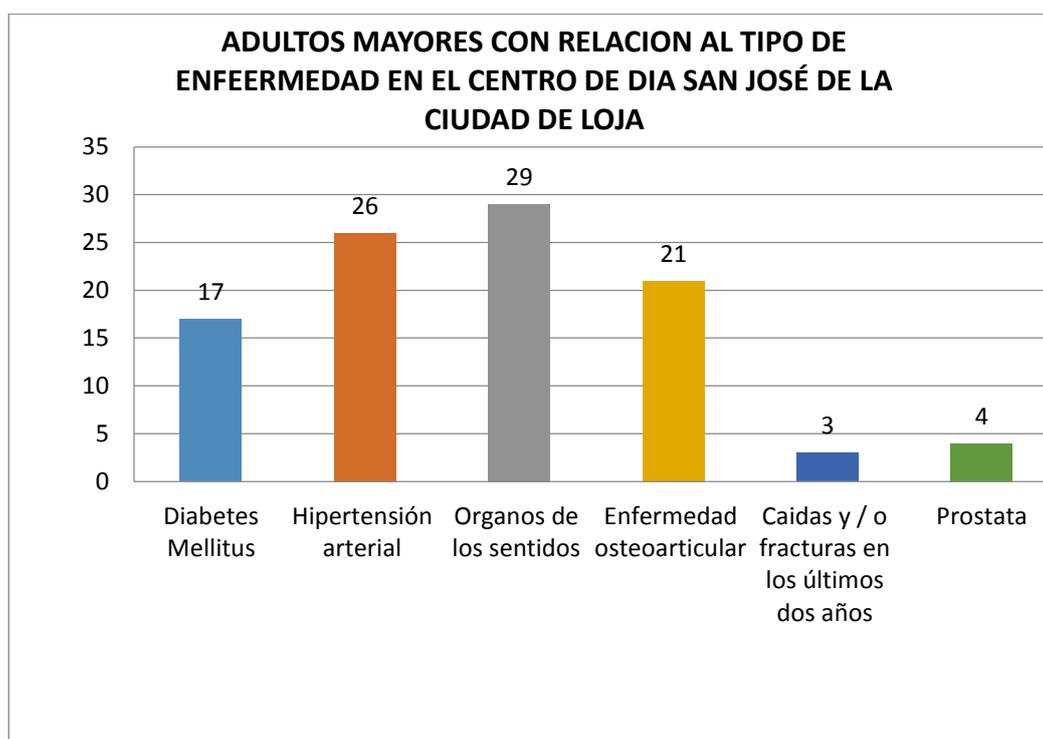
Tabla N° 7: adultos mayores con relación al tipo de enfermedad en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Diabetes Mellitus	15	17
Hipertensión arterial	23	26
Órganos de los sentidos	25	29
Enfermedad osteoarticular	19	21
Caídas y / o fracturas en los últimos dos años	2	3
Próstata	3	4
TOTAL	87	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfico N° 7



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De la población en estudio 25 adultos que es el 29% tiene afectados los órganos de los sentidos es decir poseen sordera o ceguera; el 26% (23), tiene hipertensión arterial; el 21% (19) tiene enfermedad osteoarticular; el 17% (15) tiene diabetes mellitus, el 3% (2) ha sufrido caídas y el 4% (3) sufren de la próstata. Cabe indicar que algunos poseen más de una enfermedad por lo que los datos han pasado el número de población.

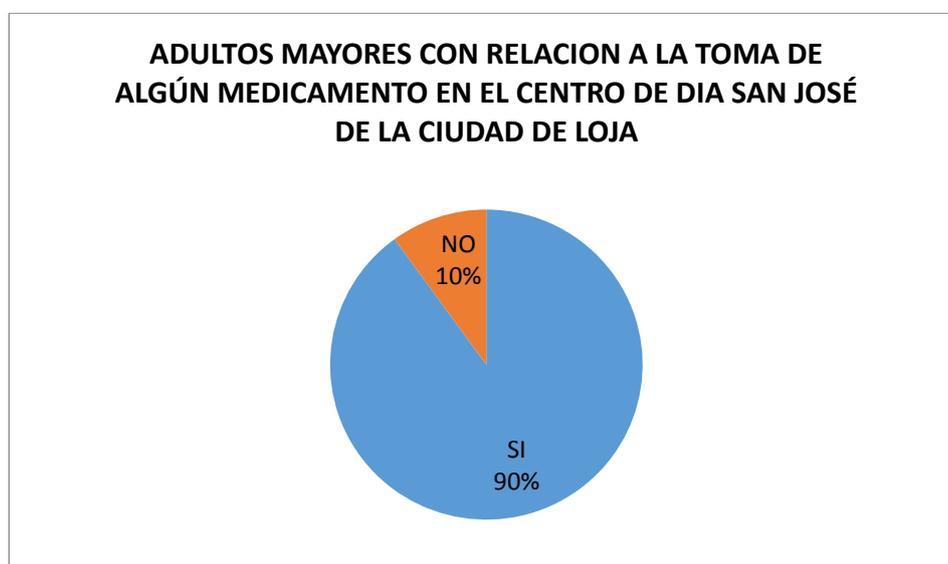
Tabla N° 8: adultos mayores con relación a la toma de algún medicamento en el Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	63	90
NO	7	10
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfica N° 8



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De la población en estudio el 90% si toma medicamentos por la enfermedad que tiene y el 10% no toman medicamentos ya que no tiene enfermedad presente hasta ahora.

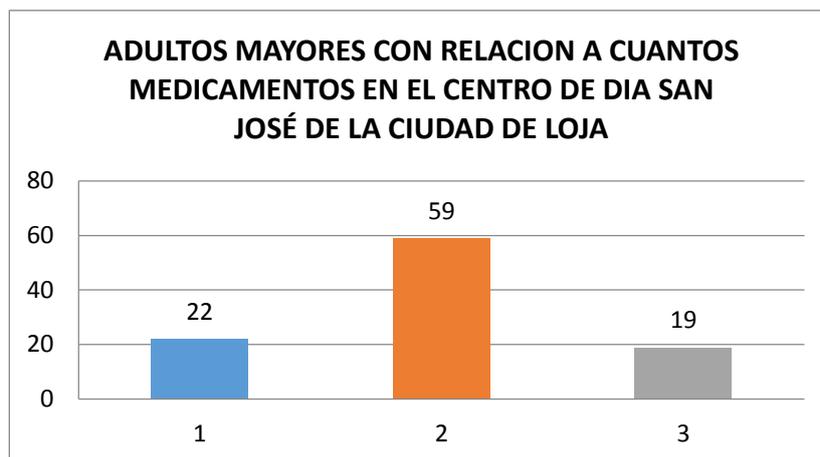
Tabla N° 9: adultos mayores con relación a cuantos medicamentos en el ce Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
1	14	22
2	37	59
3	12	19
TOTAL	63	100

Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 9



Fuente: Cuestionario aplicados a los adultos mayores del Centro de Día San José.

Elaboración: Michelle Salazar

De las personas de la tercera edad que toman medicamentos el 59% indica que toman 2 tipos de medicamentos, el 22% solo toma un tipo de medicamento y el 19% toma tres tipos de medicamentos.

6.2. Resultados del Índice de Katz.

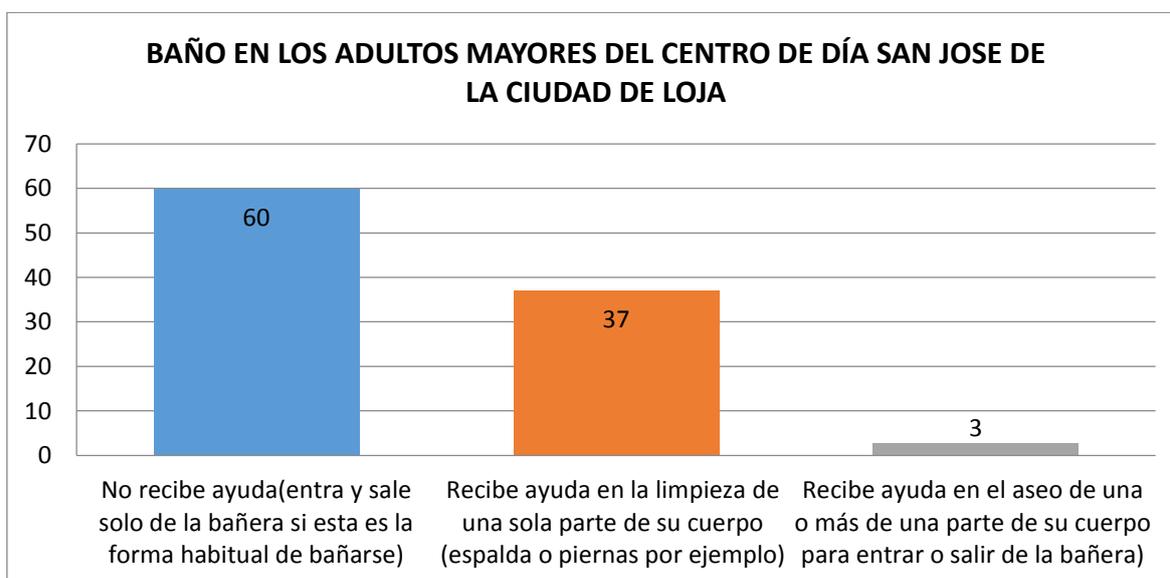
Tabla N° 10: baño en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
No recibe ayuda(entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)	42	60
Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)	26	37
Recibe ayuda en el aseo de una o más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera)	2	3
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 10



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

El 60% no recibe ayuda, el 37% recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo y el 3% recibe ayuda en el aseo de una o más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera.

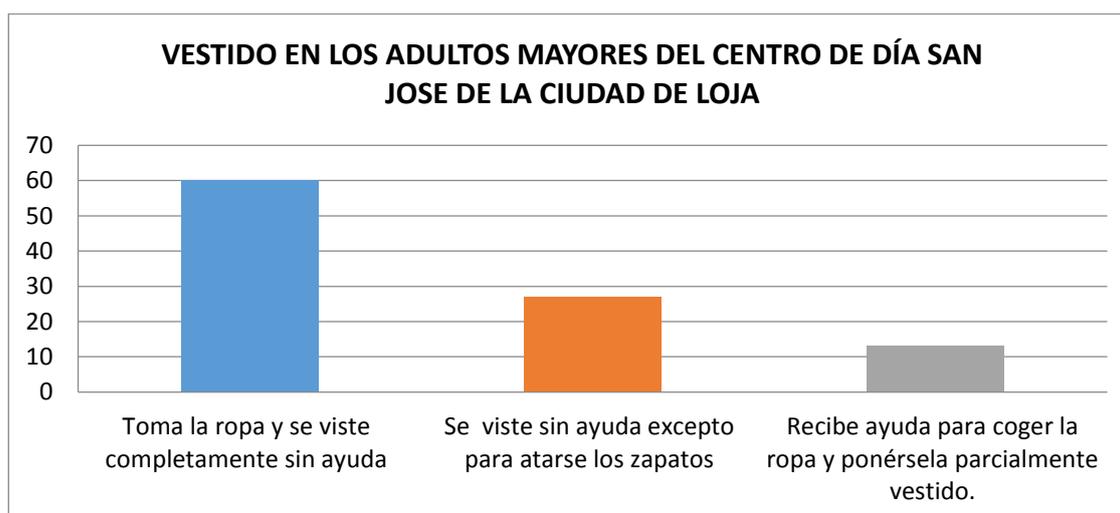
Tabla N° 11. Vestido en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda	42	60
Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos	19	27
Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela parcialmente vestido.	9	13
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 11



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

El 60% toma la ropa y se viste completamente sin ayuda, el 27% se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos; y el 13% recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela parcialmente vestido.

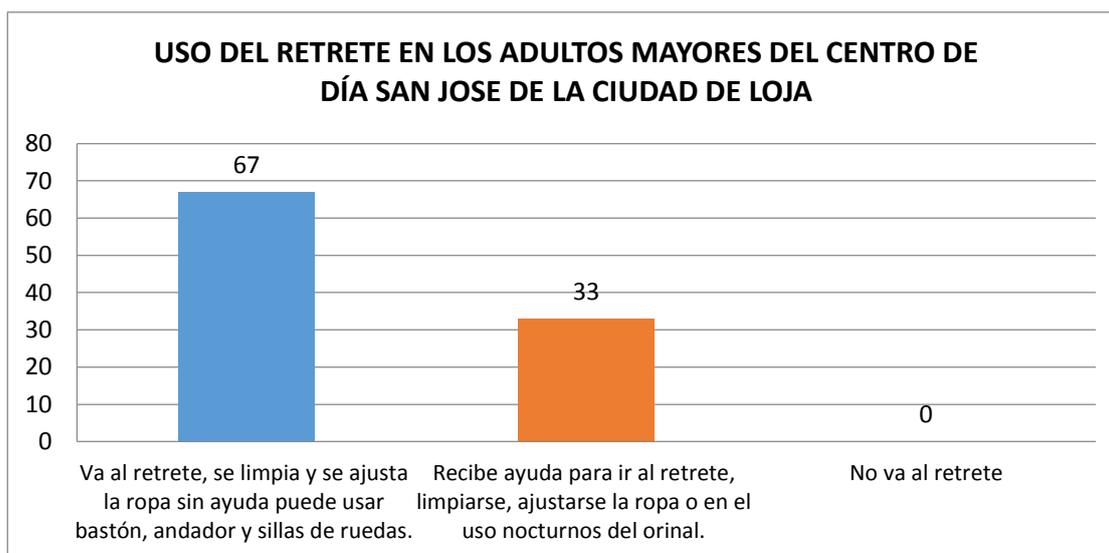
Tabla N° 12. Uso del retrete en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y sillas de ruedas.	47	67
Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturnos del orinal.	23	33
No va al retrete	0	0
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 12



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

El 67% va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda; el 33% recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturnos del orinal; ninguno no va al retrete.

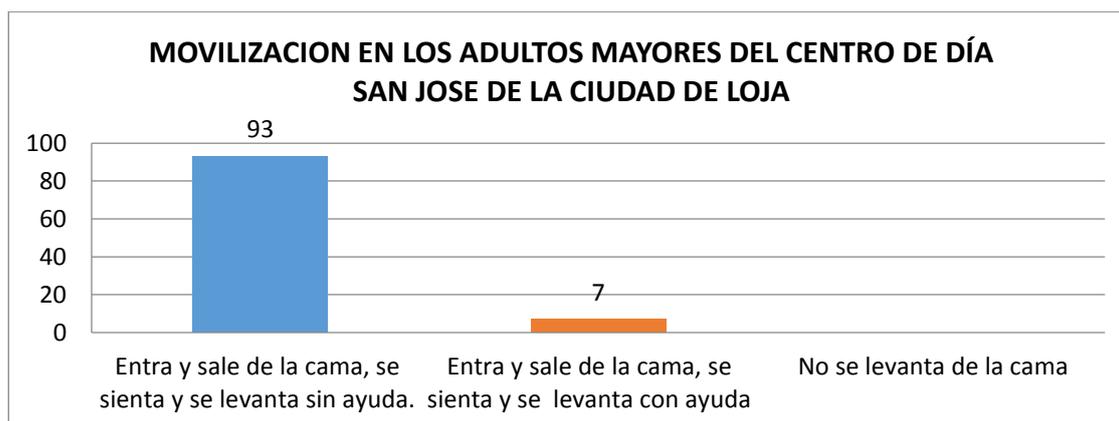
Tabla N° 13. Movilización en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda.	65	93
Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda	5	7
No se levanta de la cama		
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar

Gráfico N° 13



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar

En lo que se refiere a movilización el 93% entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda; el 7% entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda y ninguno no se levanta de la cama.

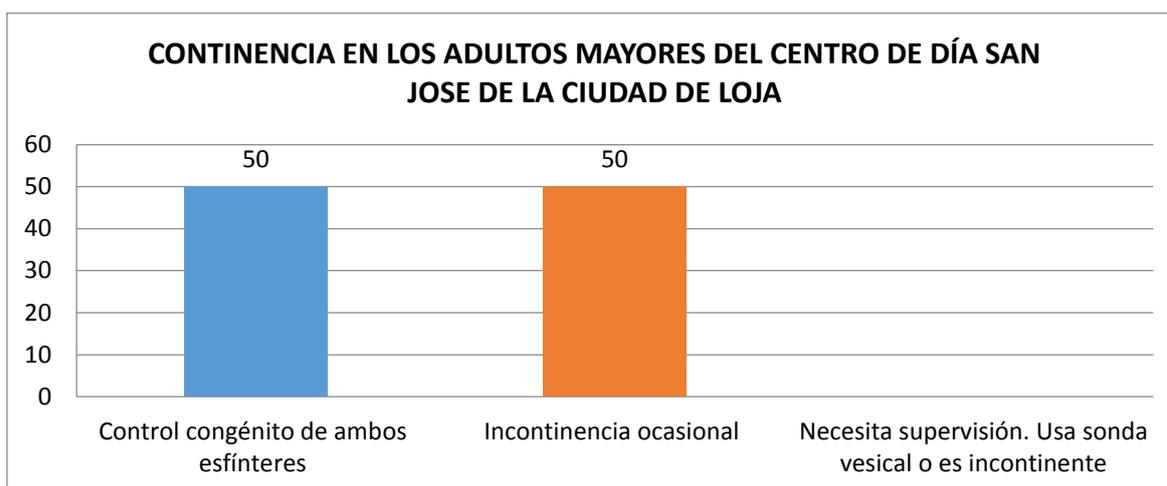
Tabla N° 14. Continencia en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Control congénito de ambos esfínteres	35	50
Incontinencia ocasional	35	50
Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente		
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

Grafico N° 14



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

De los resultados obtenidos el 50% tiene control congénito de ambos esfínteres y el otro 50% tiene incontinencia ocasional.

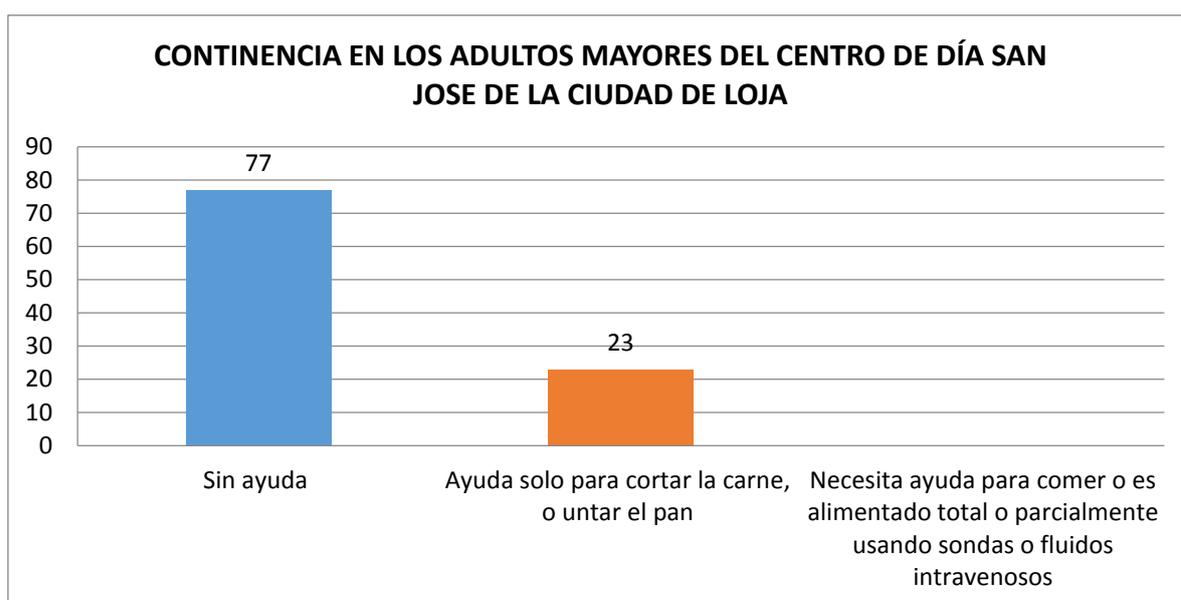
Tabla N° 15. Alimentación en los adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Sin ayuda	54	77
Ayuda solo para cortar la carne, o untar el pan	16	23
Necesita ayuda para comer o es alimentado total o parcialmente usando sondas o fluidos intravenosos		
TOTAL	70	100

Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

Gráfico N° 15



Fuente: Índice de Katz.

Elaboración: Michelle Salazar.

El 77% se alimenta sin ayuda y el 23% lo hace con ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.

7. DISCUSIÓN

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento individual, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales, los que incluyen estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, entre otros. Este deterioro progresivo puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

Luego del estudio realizado a 70 adultos mayores del Centro de día San José, y agrupando los resultados del Índice de Katz, tenemos que el 33% de la población no presentó incapacidad para las actividades de la vida diaria; sin embargo el 67% de pacientes presentaron incapacidad en distinto nivel siendo la leve la de menor frecuencia con el 7%, la severa se presentó con el 23% y se estableció que de los adultos mayores estudiados el 37% presenta una incapacidad moderada.

Estos resultados contrastan con estudios realizados en Chile citados en el Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores, que revelan que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud Chileno estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en dicha situación.

Estos antecedentes y los resultados de la investigación realizada reflejan uno de los principales desafíos del envejecimiento poblacional, la dependencia genera un alto impacto tanto en la calidad de vida de las personas que la padecen como para quienes están a cargo de sus cuidados, así como altos costos para el sistema de protección social.

Otros estudios realizados como del Hospital del día de Geriatría, Lima-Perú 2014, afirma que la capacidad funcional fue evaluada según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, siendo que en ambas prevaleció la dependencia leve (49.4% y 33.3%, respectivamente). Menos de la mitad de los adultos mayores presentaron déficit cognitivo (42.9%) y más de la mitad presento síntomas depresivos (60.9%).

Así mismo en un estudio realizado a 350 adultos mayores de la Parroquia el Valle, en la Ciudad de Cuenca, aplicando el Índice de Katz se encontró una prevalencia de dependencia del 39,7% (dependencia leve 19,7%; dependencia moderada 10,6% y dependencia severa 9,4%); la valoración de las actividades de la vida diaria es un pilar fundamental dentro del proceso de valoración integral del adulto mayor; y es de vital importancia pues el envejecimiento demográfico es un fenómeno que se observa en nuestra población.

En relación a factores asociados, tras evaluar a 70 adultos mayores del Centro de Día San José de la ciudad de Loja, se obtuvo una media de la población en estudio en 85 años con una desviación estándar de 9,22 años; siendo el grupo de adultos mayores con edad de más de 80 años los de mayor frecuencia con el 80% del total de la población; en lo que al sexo de la población se refiere el grupo de varones fue el más numeroso con el 53% (n=37 adultos mayores); los pacientes viudos representaron el 87% de la población y el 37% de adultos mayores se han dedicado a la agricultura que les demanda actividad física, así mismo la mayoría vive con los hijos que representa el 67%.

Por otro lado, el 90% de la población en estudio mencionó poseer al menos una enfermedad de base o caídas; las enfermedades relacionadas con los órganos de los sentidos fueron las más frecuentes pues el 29% de la población las presentó; sin embargo como observamos al menos 1 de cada 4 adultos mayores presenta alguna enfermedad crónica.

Según los datos analizados se evidenció que los adultos mayores de 80 años presentan un mayor riesgo de dependencia representando el 73%. En el caso del sexo los hombres presentan mayor riesgo de dependencia con el 73%. Así mismo se determinó que los de estado civil viudos presentan mayor riesgo de dependencia con el 74%. Según la actividad física desempeñada los profesionales son los que representan mayor riesgo con el 100% de dependencia. Dependiendo de con quien viven el 87% de los adultos mayores que viven con sus hijos presente mayor riesgo de dependencia.

En lo que se refiere a la patología, el 95% de los adultos mayores presenta una enfermedad crónica asociada a su grado de dependencia, sin embargo se evidencia que el 100% que no tiene una enfermedad crónica es dependiente. En el caso por separado de las enfermedades la que se presenta más es la de los órganos de los sentidos (88%) que

sumados a los otros factores y enfermedades presentes causan disminución en la capacidad funcional. Por presencia de este tipo de enfermedades el 95% toma algún tipo de medicamento que según el 95% tiene que tomar 2 medicamentos diarios.

En relación a los factores asociados un estudio realizado en México, 2001 sobre factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores, revela que el promedio de edad fue de $69,4 \pm 7,6$ años (de 60 a 105 años); 3 829 (53,4%) eran mujeres y 3 342 (46,6%) eran hombres. De los participantes, 2 345 (32,7%) se declararon analfabetos y 4 431 (61,8%) tenían pareja. La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión arterial (41,1%).

En consecuencia se puede decir que la reducción de la capacidad funcional de los individuos (adultos mayores) está altamente correlacionada con la edad, aunque la funcionalidad puede ser conservada hasta edades avanzadas o bien, el deterioro se puede detener o alcanzar mejorías ya sea por la intervención con medicamentos, terapias y/o tratamientos. No obstante, diversos estudios sobre el funcionamiento de la población de edad avanzada muestran la relación señalada, conforme aumenta la edad existe mayor riesgo de sufrir pérdidas de la capacidad funcional.

Así mismo, se propone una serie de actividades para prevenir las enfermedades en la edad adulta disminuyendo el riesgo de dependencia.

- Incrementar la actividad física aeróbica como la gimnasia.
- Mantener un peso corporal dentro de los estándares correspondientes a la edad y la estatura, según el sexo
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol:
- Reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio;
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales;
- Privarse de todo tipo de tabaco (cigarro, pipa, habano, etc.)
- Controlar la glicemia (sobre todo si la persona padece diabetes).

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados presentados se concluye:

- ✓ Se evidenció que los adultos mayores de 80 años específicamente hombres presentan un mayor riesgo de dependencia en un 73%. Se determinó que los de estado civil viudos con un 74%; según la actividad física desempeñada con un 100% y que viven con sus hijos en un 87% tienen mayor riesgo de dependencia.
- ✓ La prevalencia de dependencia funcional analizando los resultados de Test de Kats, se ubicó en un 67%, siendo la de mayor incidencia la dependencia moderada en un 37%, mostrando que en la movilización es en donde la independencia es mayor pues el 93% de la población se moviliza sin ayuda; mientras que la continencia es donde mayor dependencia se evidenció, pues el 50% de la población no controla esfínteres completamente.
- ✓ Referente a la patología el 95% presentó una enfermedad crónica asociada a su grado de dependencia, mientras que un 100% es independiente; pero los órganos de los sentidos con un 88% son los más afectados, asociándose a factores y enfermedades que causen disminución en la capacidad funcional, tomando en cuenta un 95% toma 2 medicamentos diarios.
- ✓ Al determinarse que la actividad física, reduce el riesgo de dependencia se propone una serie de actividades que deben realizar los adultos mayores y la población en general para prevenir enfermedades.

9. RECOMENDACIONES

- Se debe evaluar la funcionalidad integral del adulto mayor cada 3 meses en los centros de atención de día con la finalidad de valorar su dependencia, que conforme pasa la edad va disminuyendo.
- Se recomienda la movilidad para mantenerse activo, ya que mejora nuestra condición cardiovascular, además de retrasar las consecuencias del envejecimiento; proporcionando una mayor autonomía y favoreciendo nuestras relaciones sociales, manteniéndonos sanos tanto el cuerpo como la mente.
- Fomentar actividades en los adultos mayores lo que ayudaría a prevenir, tratar y rehabilitar diversas enfermedades de tipo sedentario como diabetes, hipertensión, osteoarticulares que causan un mayor grado de dependencia presentando uno o más factores de riesgo que hemos revisado.
- Incentivar para que se continúe con este tipo de investigaciones año a año, para que en base a los resultados se realicen estudios más específicos que contribuyan a la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor

10. BIBLIOGRAFÍA

- ARBALAEZ R., A. (1955). *Rehabilitación en Salud, una mirada médica necesaria*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- ASSOCIATION, A. D. (2008). *El efecto devastador la la diabetes*.
- AVILA, C. (2007). *SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL ADULTO MAYOREN CHILE FACULTAD DE ENFERMERIA. SANTIAGO, CHILE: UNIVERSIDAD DEL PACIFICO*.
- BALLINA GARCIA, F., & LAS CUEVAS, M. (2008). *CURSO DE REUMATOLOGÍA PARA ATENCION PRIMARIA*. MADRID: ERGON.
- CABEZAS CARMEN, L. P. (2012). GERIATICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. *GUIAS CLINICAS GERONTO*, 99.
- CEPAL. (2009).
- CORUJO E, D. G. (2007). cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, cap3: 47-58.
- DELGADO, V., PINGUIL, N., PULLA, N., & URGILES, M. (2014). *MODULO EDUCATIVO PARA LA PROMOCION DE SALUD DEL ADULTO MAYOR*. CUENCA: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- DIEGO, M. (2012). *DISMOVILIDAD*. Ecuador: Ministerio de Salud Publica.
- ESCOBAR. (2001). Órgano de Difusión de la Federación Diabetológica Colombiana. 1.
- F., C. (2009). *Progrma anual 2000-2001 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria*. Bogotá.: Instituto Nacional de Salud.
- FERNANDEZ FERRE, M., & ROURA, J. (2010). *PROBLEMAS ARTICULARES*. MADRID: HARCOURT BRACE.

- GALBAN, A., SOBERATS, S., & NAVARRO, D.-C. C. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *LA SALUD*, 15-20.
- GÁLVEZ ARNALDO, M. C. (2008). Disminución de la Agudeza Auditiva. *Ministerio de Salud Publica del Ecuador*, cap3, Pag: 97-105.
- IMBANACO, C. M. (2008). *Medio ambiente y hábitos aumentan problemas auditivos*. Imbanaco.
- LASSO PATRICIO, A. P. (2012). GERIÁTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. *GUIAS CLINICAS GERONTO*, cap.10: pag 122.
- LASSO PATRICIO, C. H. (2008). GERIATICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. *MISNISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR*, Cap 1 pag: 133-139.
- MONTERROSA, C. A. (2001.). *La enfermedad del Alzheimer*. Cali.
- OPS, O. (2014). MÓDULOS DE VALORACIÓN CLINICA. *Valoración Nutricional del Adulto Mayor*, Modulo 5, pag. 1-14.
- ORGANIZACION PANAMERICA DE LA SALUD, O. M. (1982). *CAPACIDAD FUNCIONAL* .
- OSTEOPOROSIS, C. P. (2014). *La osteoporosis*. MEXICO.
- PABLO, A. (2012). *FRAGILIDAD*. Ecuador: Ministerio de Salud Publica.
- PABLO, A. (2012). *Osteoporosis*. Ecuador: Ministerio de Salud publica .
- PABLO, M. D. (2012). Guías Clínicas Geronto. *Geriáticas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor*, Cap 3 pag 55-59.
- PARADELA. (2002).
- RIIHIMAKI, H., & VIKARI, E. (2011). *ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, CAPITULO 6, SISTEMA MUSCULOESQUELETICO*.

- RODRIGUEZ, F. M. (2007). *EVALUACION FUNCIONAL DEL ANCIANO*. ROSARIO-ARGENTINA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO.
- SENPLAES. (2008). *ECUADOR, Hoy y en el 2025*. QUITO : SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO.
- SOBERANES, S. y. (30 de Agosto de 2009). FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES Y SU CALIDAD DE VIDA. *REVISTA DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS.*, 8.
- SOCIAL, I. M. (2013). *VALORACION GERONTO-GERIATRICA INTERAL EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO, GUIA DE PRACTICA CLINICA* . MEXICO : INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- VARIOS. (Julio, 2011). Tipología de pacientes mayores. *INFOELDER, Ayuda a la tercera edad y cuidado de mayores*, 15-16.
- VARIOS, M. &. (2013). *VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN LA PARROQUIA EL VALLE, CUENCA*. CUENCA : UNIVERSIDAD DE CUENCA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

11. ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
FACULTAD DE MEDICINA

Consentimiento informado

Al contestar el siguiente cuestionario, doy mi consentimiento a la Srta. Michelle Madeleyne Salazar Bustamante estudiante de la carrera de medicina, para formar parte del estudio titulado **“Evaluación de la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores del Centro De Día San José de la ciudad de Loja”**, para obtener el título de médica, el cual ha sido coordinado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará la entrevista y el cuestionario. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial y de manera anónima, acepto participar en el estudio, firmando el presente para que conste.

Firma del paciente

Firma de la investigadora

Michelle Salazar

Anexo 2. Instrumentos.**Índice de Katz****Lavado:**

- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)
- Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)
- Recibe ayuda en el aseo de una o más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera

Vestido

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela parcialmente vestido

Uso de retrete

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador, y silla de ruedas.
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- No va al retrete

Movilización

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
- No se levanta de la cama

Continencia

- Control congénito de ambos esfínteres
- Incontinencia ocasional
- Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente

Alimentación

- Sin ayuda
- Ayuda solo para cortar la carne, o untar el pan
- Necesidad ayuda para comer o es alimentado total o parcialmente usando sondas o fluidos intravenosos

VALORACIÓN

- A. Independiente en todas sus funciones**
- B. Independiente en todas salvo en una de ellas**
- C. Independiente en todas salvo en el lavo y en otra más**
- D. Independiente en todas salvo en el lavado, vestir y en otra más**
- E. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más**
- F. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más**
- G. Dependiente en las seis funciones**

FUENTE: Escalas de valoración funcional del anciano

AUTOR: Katz

Anexo N°3.- Cuestionario.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Cuestionario

Instrucciones: Este cuestionario es anónimo, confidencial y voluntario, tiene como propósito conocer el nivel de funcionalidad y sus factores asociados, será usado sólo para fines de investigación, por lo que le solicitamos su sinceridad en las respuestas. En este cuestionario encontrará una serie de preguntas con cinco opciones de respuesta, de las cuales debe seleccionar y marcar con un x, una sola respuesta la que Ud. considere correcta.

Fecha: _____

1) Edad _____

2) Sexo

Masculino _____

Femenino _____

3) Estado civil:

Casado(a) _____

Soltero(a) _____

Unión libre _____

Viudo(a) _____

4) Ocupación: _____

5) Con quién habita en su domicilio:

Solo ()

Conyugue ()

Hijos ()

Nietos ()

Otros ()

6) Enfermedad de Base:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Órganos de los sentidos (sordera y/o ceguera)
- Enfermedad osteoarticular
- Caídas y/o fracturas en los últimos dos años

7) Toma algún tipo de medicamento

SI () NO ()

Cuantos _____

Firma: _____

Anexo N°4.- Fotos





Líderes en la Enseñanza del Inglés

Eco. Jessica Morocho Herrera,
SECRETARIA DE
FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que previa revisión de los registros de calificaciones que lleva la Secretaria de este centro, se constata que la alumna: SALAZAR BUSTAMANTE MISHELLE MADELEYN, con número de cédula 1105673626 se matriculó en este centro educativo y aprobó los niveles de inglés de acuerdo al siguiente detalle:

Programa	Nivel	Período lectivo
TEENS	I	Octubre 2003 – Febrero 2004
TEENS	II	Marzo-Julio 2004
TEENS	III	Octubre 2004 – Febrero 2005
TEENS	IV	Marzo-Julio 2005
TEENS	V	Octubre 2005 – Febrero 2006
TEENS	VI	Marzo-Julio 2006
TEENS	VII	Octubre 2006 – Febrero 2007
TEENS	VIII	Marzo-Julio 2007

Duración de cada nivel normal 100 horas
Total de horas aprobadas: **800 horas.**

Lo certifico en honor a la verdad, y autorizo a la interesada utilizar el presente documento en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 11 de Septiembre de 2017

Eco. Jessica Morocho Herrera,
SECRETARIA DE
FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

